

Patientendaten

Aufkleber oder Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ Wohnort _____

Krankenkasse _____

- Medizinisch-Geriatriische Klinik
- Tagesklinik
- allgemeinversichert
- mit Wahlleistungen
 - 1-Bett-Zimmer
 - 2-Bett-Zimmer
- Geriatriisch-frührehabilitative Komplexbehandlung
- Kognitive Geriatrie
- Palliative Geriatrie

Hauptbehandlungsdiagnose (ggf. mit Datum Akut-Ereignis / OP)

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen

Zusatzinformationen

Belastung	<input type="checkbox"/> Vollbelastung	<input type="checkbox"/> Teilbelastung _____ kg	<input type="checkbox"/> keine
Vigilanz	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> gemindert	
Demenz / Delir	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Gesetzl. Betreuung / Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Isolationspflicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wegen _____
Rollstuhlpflicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstiges	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Anus praeter
Dekubitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wo _____
Barthel-Index	<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>		
Frühestmöglicher Verlegungszeitpunkt	_____		

Stempel / Absender

Telefon _____

Bei Verlegung zuständiger Arzt	Häusliche Kontaktperson
_____	_____
Durchwahl _____	Telefon _____

Bitte neue Formulare zusenden