

Anmeldung Akutgeriatrie Marienhospital Brühl

Formular
Aufnahme / Entlassung / Überleitung

Chefarztsekretariat:	Tel 02232 / 74 267	Fax 02232 / 74 310
Anmeldedatum: _____		
Patientenname: Herr/Frau _____		
Adresse: _____		
Geburtsdatum: _____		
Anmeldendes KH: _____		
Abteilung/Klinik: _____		Station: _____
HA/Stationsarzt _____		Tel.: _____
Tel.-Nr. Schwesternzimmer _____		
<i>* Bitte faxen Sie uns am Tag vor der Verlegung/Aufnahme einen vorläufigen Bericht/Medikamentenplan/Vorbefunde zu.</i>		
Hauptdiagnose: _____		
Nebendiagnosen: _____		
Isolation/Problemkeime (Clost. diff., MRGN, o.ä. ?) _____		
Verwirrtheit <input type="checkbox"/> Unruhezustände <input type="checkbox"/> Hinlauftendenz <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen <input type="checkbox"/>		
Schluckstörungen <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/>		
Dialyse <input type="checkbox"/>		
soziale Situation, * Angehörige (Tel.): _____		
spätere Versorgung/angestrebte Entlassungssituation: _____		
*Versicherung/KK: _____		*Versicherungs-Nr.: _____
privat:	ja nein	I Bett II Bett mit Chefarzt ohne Chefarzt
Gewünschtes Verlegungs-/Aufnahmedatum: _____		

***Pflichtfelder, wichtig, bitte immer ausfüllen**