

Anmeldung zur Aufnahme an die Akutgeriatrie

Patientenname:

Zuweisender Arzt:

Geburtsdatum:

Tel. Nr.:

Mögliches Übernahmedatum:

Einverständnis Patient vorliegend

Hauptdiagnose ICD10:

Relevante Nebendiagnosen:

Zielvorstellung:

Extramurale Versorgung

Pflegeheim

wohnt zu Hause

selbstständig

Sachwalter

Betreuung durch Angehörige ausreichend

Name

HKP

Tel. Nr.

Bezugsperson

Name

Tel. Nr.

Patientenverfügung vorliegend

Mobilität

Mobilität bisher:

selbstständig

mit Hilfe Personen

Hilfsmittel:

selbstständig Rollstuhlmobil

immobil

Mobilität derzeit:

selbstständig

mit Hilfe Personen

Hilfsmittel:

selbstständig Rollstuhlmobil

immobil

OP am:

volle Belastung

Teilbelastung bis

volle Entlastung bis

Drainagen:

Ableitungen:

Sonde:

