

Patientenname: _____ Seit wann in der stationären Einrichtung? _____

Geburtsdatum: _____ Wann ist die Übernahme erwünscht? _____

Straße: _____ Name, Telefonnummer der anmeldenden Einrichtung _____

PLZ, Ort: _____

Indikation: _____

Diagnosen: _____

Ansteckende Erkrankungen: keine MRSA Clostridium difficile Sonstige:

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 keinen

Momentaner Allgemeinzustand:

Mobilität: bettlägerig Überwiegend bettlägerig Nicht bettlägerig

Kontinenz: inkontinent Nicht inkontinent

Orientierung: orientiert Meist orientiert Nicht orientiert

Weichlagerungsmatratze erforderlich? Ja Nein

Sonstige Hinweise (z. B. Einschränkungen, Aufnahme einer Begleitperson, Einrichtung einer Betreuung etc.): _____

Aktuelle Laborwerte mitgeschickt

Leukozyten: _____

Kreatinin: _____

CRP: _____

Hb: _____



43175

Kontakt in die Klinik:

Telefonnummer Sekretariat: 06331 251-133

Anmeldung per Faxnummer: 06331 251-51339

Patientenname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Ort:

Anmeldung gesehen von:

Anmeldung gesehen am:

Vereinbarung:

Aufnahmedatum:

Meldet sich wieder (wer, wann?):

Rückruf durch uns am/bis:

Mitzubringen sind: Ärztliche Einweisung, Vorbefunde, Medikamentenliste

Aufnahme: Über Anmeldung und Patientenaufnahme, dann auf Palliativstation



43175

Kontakt in die Klinik:

Telefonnummer Sekretariat: 06331 251-133

Anmeldung per Faxnummer: 06331 251-51339