

Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Universität zu Lübeck

## PATIENTENANMELDUNG IN DER TAGESKLINIK

Tel. 0451 98 902 360; Fax 0451 98 902 356

**Bitte faxen Sie uns folgende Dokumente zu: den Arztbrief, die Befunde, das Medikamentenblatt und den Einweisungsschein. Vielen Dank!**

Anmeldung durch:	Adresse/Praxisstempel:
Telefon: _____	Fax: _____

Patientendaten:	
Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Tel Patient: _____
Anschrift Pat. : _____	
Falls Pflegeheim:	Anschrift: _____ WB: _____ Tel./ Fax: _____

Name, Vorname Kontaktperson: _____
Telefon Kontaktperson: _____

Hauptdiagnose:	Relevante Nebendiagnosen:
----------------	---------------------------

Pflegegrad: _____	Barthel: _____
Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> UAGTS/HS	<input type="checkbox"/> RL <input type="checkbox"/> RS

<b>Besonderheiten in der Versorgung:</b>	
<input type="checkbox"/> Sauerstoffversorgung	<input type="checkbox"/> VB erlaubt
<input type="checkbox"/> Dysphagie	<input type="checkbox"/> TB mit _____ kg erlaubt
<input type="checkbox"/> Wunden	<input type="checkbox"/> Dialyse
<input type="checkbox"/> besondere Kostform	<input type="checkbox"/> Prothesenversorgung
<input type="checkbox"/> insulinpflichtiger Diabetes	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz
	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz
Sonstiges: _____	
Treppensteigen möglich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> in Begleitung möglich	

