

Patientenanmeldung im Geriatriezentrum

Stationär: Tel. 0451/98 902-452, Fax 0451/98 902-480, Email (Belegungsmanagement@geriatrie-luebeck.de)

Bitte veranlassen Sie, dass Ihr/e stationäre/r Patient/in zwischen 10:00 und 14:00 Uhr bei uns eintrifft. Bitte geben Sie sämtliche Dokumente mit (Arztbrief, Laborwerte, Röntgenbilder, Lübecker Pflegebrief).

Bitte informieren Sie uns umgehend über evtl. Terminverschiebungen.

Zugesagter Aufnahmetermin:
(Nur für die interne Bearbeitung)

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

<p>Anmeldung durch: <input type="checkbox"/> Rückübernahme</p> <p>Rücksprache unter Tel. _____</p> <p>Anmeldung für: <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung</p> <p>Patientendaten: Name, Vorname: Geburtsdatum: Straße: _____ PLZ/Wohnort: Angehörige mit Telefon: Falls vorhanden: Bevollmächtigte(r)/gesetzliche(r) Betreuer: Hausarzt:</p>	<p>Hauptbehandlungsdiagnose: (bei OP oder Akutereignis bitte unbedingt das Datum angeben)</p> <p>Wichtige Nebendiagnosen: (z.B. insulinpfl. Diabetes mell.)</p>
<p>Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> Allgemeine Krankenkasse, nämlich: <input type="checkbox"/> private / Zusatzversicherung, nämlich:</p>	<p>Besonderheiten in der Versorgung: <input type="checkbox"/> Unruhig / Weglauftendenz / schwere Demenz <input type="checkbox"/> zeitweise Fixierung erforderlich <input type="checkbox"/> Therapiebeschränkungen* (*siehe Bemerkungen!) <input type="checkbox"/> besondere Medikamente/Wundauflagen* <input type="checkbox"/> Chemotherapie, Bestrahlung, Dialyse* <input type="checkbox"/> Sauerstoffpflicht <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Tracheostoma / Trachealkanüle <input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt Größe: _____ Marke: _____ <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Dysphagie <input type="checkbox"/> Ernährungssonde <input type="checkbox"/> besondere Kostform:</p>
<p>Wahlleistungen (bitte unbedingt angeben): <input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Chefärztliche Behandlung</p>	<p><input type="checkbox"/> Bettlägerig <input type="checkbox"/> sitzt an der Bettkante <input type="checkbox"/> im Zimmer mobil <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe mobil <input type="checkbox"/> nur mit Hilfsmittel mobil, nämlich: <input type="checkbox"/> Vollbelastung erlaubt <input type="checkbox"/> Teilbelastung mit _____ kg bis mind. _____ (Datum) <input type="checkbox"/> nicht belastbar <input type="checkbox"/> Starkes Übergewicht _____ kg <input type="checkbox"/> Übergröße (Größe > 1,85 m) <input type="checkbox"/> Spez. Antidekubitussystem (Matratze) erforderlich:</p>
<p>Wunschtermin: ab <input type="checkbox"/> Rücksprache erwünscht</p> <p>Rachen-Nasen-Abstrich auf MRSA erfolgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> Isolation nicht erforderlich <input type="checkbox"/> Kontaktisolation erforderlich <input type="checkbox"/> Isolationszimmer erforderlich wegen <input type="checkbox"/> (ankreuzen / ergänzen) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Noro <input type="checkbox"/> andere, s. u.</p>	<p>Optional: Barthel-Index : _____ Punkte</p> <p>Bemerkungen:</p>