

Anmeldung faxen an: 006322/607-517



Anmeldung Geriatrie Ev. Krankenhaus Bad Dürkheim

Datum: _____

Einweisender Arzt/Einweisendes Krankenhaus (mit Telefon- und Faxnummer):

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name und Vorname: _____
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____
Krankenkasse _____
Telefonnummer _____
(evtl. von Angehörigen) _____
Hausarzt: _____

Diagnosen:

Frakturen: Übernahme nur bei **Vollbelastung** möglich

Spezielle Medikation (Immunsuppressiva, Chemotherapeutika), wenn ja, welche?

Aktueller Barthel-Index: _____ Punkte

Kognitive Einschränkungen: keine leichtgradig hochgradig

Hinlauffähigkeit: ja nein

Mobilität vor Aufenthalt: selbstständig in der Wohnung mit HM bettlägerig

Wohnsituation: allein mit Angehörigen Pflegeheim

Pflegegrad: keiner 0 1 2 3 4 5

Multiresistente Keime / letzter Abstrich: keine welcher: _____

Impfstatus: _____

Stat. Aufenthalt seit: _____ gewünschter Verlegungstermin: _____

Nur vom Ev. Krankenhaus auszufüllen

Rückruf erfolgt am:

Übernahme am:

| | | | |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| KHBD-IM-0164 | Erstellt: 09.02.2022 | Geprüft: Dr. Göttlicher | Freigabe: Dr. Göttlicher |
| Stand vom: 09.02.2022 | Version: 0 | Gültig ab: 09.02.2022 | Seite 1 von 1 |