

	Zentrales Belegungsmanagement Terminanforderung	Kontakt: Tel. extern: 02361/54-2919 Tel. intern: 15548 Fax.: 02361/54-2931
	Geltungsbereich: Geriatrie	Version 3

Patientenname : Vorname : Geburtsdatum : Telefonnummer : Krankenkasse: Name, Kontaktdaten des Hausarztes:	Derzeitiger Aufenthalt: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>zu Hause</td><td></td></tr> <tr><td>Seniorenheim</td><td></td></tr> <tr><td>Kurzzeitpflege</td><td></td></tr> <tr><td>Krankenhaus</td><td></td></tr> </table> Wahlleistung <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>Einbett</td><td></td></tr> <tr><td>Zweibett</td><td></td></tr> <tr><td>Chefarztbehandlung</td><td></td></tr> </table>	zu Hause		Seniorenheim		Kurzzeitpflege		Krankenhaus		Einbett		Zweibett		Chefarztbehandlung	
zu Hause															
Seniorenheim															
Kurzzeitpflege															
Krankenhaus															
Einbett															
Zweibett															
Chefarztbehandlung															

Hauptdiagnose, Operation:	Belastung bei Frakturen: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td>Vollbelastung</td><td></td></tr> <tr><td>Teilbelastung</td><td style="text-align: right;">kg</td></tr> <tr><td>Entlastung bis:</td><td></td></tr> </table>	Vollbelastung		Teilbelastung	kg	Entlastung bis:	
Vollbelastung							
Teilbelastung	kg						
Entlastung bis:							

Isolationsbedürftige Keime: Barthel-Index (bei stationären Patienten) :	Ist der Patient gegen SARS-CoV-2- geimpft? <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="radio"/> Nein</td> <td style="width: 15%;">1.</td> <td style="width: 15%;">2.</td> <td style="width: 15%;">3.</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Ja Datum:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Impfstoff/Vakzin: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>hatte der Pat. eine Covid-Infektion</td> <td style="width: 15%;">Ja</td> <td style="width: 15%;">nein</td> </tr> <tr> <td>aktueller Covid-PCR Abstrich</td> <td colspan="2">Datum:</td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Nein	1.	2.	3.	<input type="radio"/> Ja Datum:				hatte der Pat. eine Covid-Infektion	Ja	nein	aktueller Covid-PCR Abstrich	Datum:	
<input type="radio"/> Nein	1.	2.	3.												
<input type="radio"/> Ja Datum:															
hatte der Pat. eine Covid-Infektion	Ja	nein													
aktueller Covid-PCR Abstrich	Datum:														

Geriatrische Probleme:

Aktuelle Mobilität:

Selbständig	Eingeschränkt	ohne Hilfsmittel	mit Hilfsmittel	mit Hilfsperson	bettlägerig
-------------	---------------	------------------	-----------------	-----------------	-------------

Sonstiges:

Orientiert	Magensonde	SPK	Pflegegrad :
Unruhe/Delir	PEG	O2-Gerät	
Verwirrtheit/Demenz	Tracheostoma	BIPAP/NIV	Versorgung unklar

Letzter Krankenhausaufenthalt am:	Letzte geriatrische Komplextherapie am:
Gewünschte Übernahme am:	angefordert durch: am: Telefonnummer:

geplante Übernahme am: _____	nicht möglich
Bearbeitet von:	