

Übernahmeprotokoll Geriatrie MHB



F.CA.537.2

Gültigkeit:

Marienhospital Bottrop gGmbH

Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Absender/Krankenhaus (Stempel):

Rücksprache möglich unter Tel: _____

Krankenkasse/Kostenträger: _____

privat versichert	Ja	Nein	Ja	Nein	
1-Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mit CA-Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohne CA-Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geplantes Aufnahmedatum: _____

Status vor Erkrankung: Selbstständig/Wohnung Heim

Behandlungsbegründete Hauptdiagnose: _____

	Ja	Nein	
Besteht ein Pflegegrad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn Ja, welcher? _____
Pflegegrad ist beantragt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Betreuung/Bevollmächtigter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn Ja, Wer? _____

Barthel-Index: _____ Punkte (bitte als Anlage beifügen)

Op-Datum: _____

Bei Fraktur: voll belastbar
 übungsstabil
 teilbelastbar ab/seit: _____ mit _____ kg
 keine Belastung bis: _____

Sonstiges:	Ja	Nein	Ja	Nein	
PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nasogastrale Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPDK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein	
Isolationspflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn Ja, welcher Keim? _____

Bitte das ausgefüllte Formular per Fax an 02041 106 2629 senden.