

<input type="checkbox"/> stationäre Anmeldung mit voraussichtlichem Entlasstermin am _____ von Station _____	<input type="checkbox"/> Anmeldung durch den Hausarzt Adresse / Praxisstempel: _____
<b>Patientendaten</b>	
Name: _____ Vorname: _____	
Anschrift: _____	
Geburtsdatum: _____	
Telefon Patient: _____	
Kostenträger: _____	
<input type="checkbox"/> KZPf ist geplant ab: _____	
Adresse KZPf.: _____ WB: _____	
<input type="checkbox"/> PD: _____ Tel./Fax _____	
Name, Vorname Kontaktperson: _____	
Telefon Kontaktperson: _____	
Hauptdiagnose:	Relevante Nebendiagnosen:
Pflegegrad: _____	
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"/> Dysphagie <input type="checkbox"/> Wunden <input type="checkbox"/> besondere Kostform <input type="checkbox"/> insulinpflichtiger Diabetes  <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> VB erlaubt <input type="checkbox"/> TB mit _____ kg erlaubt <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Prothesenversorgung <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Harninkontinenz
Treppensteigen möglich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> in Begleitung möglich	
Vollständiger Impfschutz gegen Covid-19? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Bei Fragen, rufen Sie uns gerne an. Unsere Telefonnummer ist 0451 989 02 360

CE • ^ ä i ~ & d Ä } c ! | a \* c h e e f ö [ \ ~ ^ } d Ä k o u h ^ { Ä } ä ^ i ~ \* • ä ä } • c