

### Patientenanmeldung im Geriatriezentrum

Stationär: Tel. 0451/98 902-452, Fax 0451/98 902-480, Email ([Belegungsmanagement@geriatrie-luebeck.de](mailto: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><b>Anmeldung durch:</b> <input type="checkbox"/> Rückübernahme</p> <p>Rücksprache unter Tel. _____</p> <p><b>Anmeldung für:</b> <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung</p> <p><b>Patientendaten:</b> Name, Vorname: Geburtsdatum: Straße: PLZ/Wohnort: Angehörige mit Telefon: Falls vorhanden: Bevollmächtigte(r)/gesetzliche(r) Betreuer: Hausarzt:</p>	<p><b>Hauptbehandlungsdiagnose:</b> (bei OP oder Akutereignis bitte unbedingt das Datum angeben)</p> <p><b>Wichtige Nebendiagnosen:</b> (z.B. insulinpfl. Diabetes mell.)</p>
<p><b>Krankenversicherung:</b> <input type="checkbox"/> Allgemeine Krankenkasse, nämlich: <input type="checkbox"/> private / Zusatzversicherung, nämlich:</p>	<p><b>Besonderheiten in der Versorgung:</b> <input type="checkbox"/> Unruhig / Weglauftendenz / schwere Demenz <input type="checkbox"/> zeitweise Fixierung erforderlich <input type="checkbox"/> Therapiebeschränkungen* (<b>*siehe Bemerkungen!</b>) <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><b>Wahlleistungen (bitte unbedingt angeben):</b> <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:</p>
<p><b>Wunschtermin: ab</b> <input type="checkbox"/> Rücksprache erwünscht</p> <p><b>Rachen-Nasen-Abstrich auf MRSA erfolgt?</b> <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"/> Isolationzimmer erforderlich wegen <input type="checkbox"/> MRSA (ankreuzen / ergänzen) <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Noro <input type="checkbox"/> andere, s. u.</p>	<p><input type="checkbox"/> Vollbelastung erlaubt <input type="checkbox"/> Teilbelastung mit _____ kg bis mind. _____(Datum) <input type="checkbox"/> nicht belastbar</p> <p><input type="checkbox"/> Starkes Übergewicht _____ kg <input type="checkbox"/> Übergroße (Größe &gt; 1,85 m) <input type="checkbox"/> Spez. Antidekubitussystem (Matratze) erforderlich:</p> <p>Barthel-Index : _____ Punkte</p> <p><b>Bemerkungen:</b></p>