

Anmeldung in der Tagesklinik

Anmeldende Station:	
Entlassungsdatum:	
Name, Vorname Patient:	
Geburtsdatum:	
Anschrift	
Telefon Patient:	
Kostenträger:	
Kurzzeitpflege geplant ab:	
Anschrift Kurzzeitpflege:	
Weiterbehandlung:	
Pflegedienst:	
Telefon/Fax Pflegedienst:	
Name, Vorname Kontaktperson:	
Telefon Kontaktperson:	
Hauptdiagnose:	
Pflegegrad:	
Hilfsmittel: Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> UAGST/HS <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> in Begleitung

Besonderheiten in der Versorgung:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> O ₂ -Versorgung | <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Prothesenversorgung |
| <input type="checkbox"/> insulinpflichtiger Diabetes | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Vollbelastung erlaubt |
| <input type="checkbox"/> Dysphagie | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> Teilbelastung bis zum _____ |
| <input type="checkbox"/> besondere Kostformen: | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Wunden: | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | _____ | |

Bitte übersenden Sie uns mit der Anmeldung folgende Unterlagen:

- Einweisungsschein Vorbefunde/Briefe Medikamentenplan

Telefon: 0451-98902-360

KIM: ambulant.geriatrie-luebeck@akquinet.kim.telematik

FAX: 0451-98902-356

