

Bitte ausgefüllt zurück per Fax: 02662 85 2122

Aufnahme-/Übernahmebogen Akutgeriatrie/Alterstraumatologie

Anfrage von:	
Hausarzt/ Stationsarzt: _____	Krankenhaus: _____
	Abteilung/Station: _____
	Stationär seit: _____
Patientendaten:	
Versicherung:	
Pflegegrad: _____	Betreuung: ja/nein Demenz(Weglauff Tendenz/Verhaltensstörung): ja/nein
Wahlleistung: 1 BZ <input type="checkbox"/> 2 BZ <input type="checkbox"/> C-Arzt-Wahl <input type="checkbox"/>	
<u>Einweisungsgrund/Diagnosen:</u>	

<u>Akutmedizinischer Versorgungsbedarf:</u>	

<u>Therapieziel:</u>	

<u>Bei Frakturen:</u>	
OP-Datum: _____	Übungsstabil unter Belastung: ja/nein Vollbelastung erlaubt: ja/nein Belastungsstabil mit _____ kg
<u>Mobilität vor Aufnahme:</u>	
<u>Selbstständig mobil:</u> ja/nein	<u>Mobil mit Hilfsmitteln/Unterstützung:</u> ja/nein <u>Immobil:</u> ja/nein
<u>Aktuelle Infektionen:</u> MRSA: ja/nein Clostridien: ja/nein Isolation: ja/nein Sonstige (z.B. Noroviren, MRGN, VRE) ja/nein	

Unterschrift/ HZ Chefarzt