

Fax: 04361 513 196

Tel.: 04361 513 320

E-Mail: Susanne.adolphs@ameos.de

Bitte zusätzlich zu diesem Formular den Barthel Index mit ausfüllen!

Datum der Anmeldung:	gewünschtes Übernahmedatum:												
Patient/in Name: Adresse: Geb.-datum: Kostenträger: Versicherungsnummer:	Anmelder/in Name: Adresse: Tel.: Station + Tel.:												
Angehörige: Name/Tel.-nummer	Gesetzliche(r) Betreuer: Name/Tel.-nr.:												
☐ GKV _____ ☐ Zusatzversicherung _____ ☐ PKV _____ Wahlleistungen: ☐ Wahlarzt: _____													
Pflegegrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Pflegedienst:	Hausarzt:												
Barthel-Index:													
Hauptdiagnose:													
Vorklinik, Aufnahmedatum:	Operation am: Mobilisation ab: Vollbelastung ab: Teilbelastung mit _____ kg ab:												
Nebendiagnosen:													
Besonderheiten in der Versorgung: <table border="0"> <tr> <td>☐ Unruhe/Delir</td> <td>☐ Demenz</td> <td>☐ Sauerstoffpflichtig</td> </tr> <tr> <td>☐ Chemotherapie</td> <td>☐ Bestrahlung</td> <td>☐ Tracheostoma</td> </tr> <tr> <td>☐ starkes Übergewicht</td> <td>☐ Ernährungs-Sonde</td> <td>☐ Stoma</td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐ ZVK</td> <td>☐ Dekubitus</td> </tr> </table>		☐ Unruhe/Delir	☐ Demenz	☐ Sauerstoffpflichtig	☐ Chemotherapie	☐ Bestrahlung	☐ Tracheostoma	☐ starkes Übergewicht	☐ Ernährungs-Sonde	☐ Stoma		☐ ZVK	☐ Dekubitus
☐ Unruhe/Delir	☐ Demenz	☐ Sauerstoffpflichtig											
☐ Chemotherapie	☐ Bestrahlung	☐ Tracheostoma											
☐ starkes Übergewicht	☐ Ernährungs-Sonde	☐ Stoma											
	☐ ZVK	☐ Dekubitus											
☐ Dialyse: ☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐ Sa Bitte Dialyseprotokoll faxen!													
☐ Antibiotikum, welches: ☐ weitere relevante Medikamente:													
☐ Allergien/Unverträglichkeiten:													
Infektiöser Patient: ☐ MRE ☐ CDT ☐ Noro ☐ MRGN ☐ Sonstige:													
Mobilität: ☐ Bettlägerig ☐ Begleitung WC ☐ im Zimmer mobil ☐ mit Hilfsmittel ☐ Hilfe beim Transfer Rollstuhl ☐ ja ☐ nein Elektro Rollstuhl ☐ ja ☐ nein													
Häusliche Situation? Pflegeheim? Mobilität zu Hause?													