

Patientenanmeldung

☐ stationär ☐ Tagesklinik

Patient/ in:

weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐

Patientenaufkleber oder:

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse:

Telefonnr. des Pat.:

Krankenkasse:

KV-Nr.:

Wahlleistung: ☐

Chefarzt: ☐

Hauptdiagnose



Defizitorientierte Nebendiagnosen (insb. **Funktionseinschränkungen** wie Dyspnoe, Gangstörung, Schmerzen, Bewegungsdefizit bei):

☐ Demenz / Delir / kognitives Defizit

-OP-Datum:

-Bei Fraktur ☐ Vollbelastung ☐ Teilbelastung: bis: kg
☐ Entlastung: bis:

	Selbständig	Teilweise Übernahme	Volle Übernahme
Waschen	☐	☐	☐
Toilettengang	☐	☐	☐
Ankleiden	☐	☐	☐
Nahrungsaufnahme	☐	☐	☐
Verlässt Bett	☐	☐	☐
Geht auf Station	☐	☐	☐

Chefarzt Jens Leymann

Röpersberg 47
23909 Ratzeburg

Tel.: 04541/133702

Fax: 04541/133798

Anmelder/ Datum:

Praxis/ Krankenhaus: ☐ ZAT

Station:

Arzt:

Telefon:

Im Krankenhaus seit:

Terminwunsch:

Besonderheiten:

-Adipositas: ☐ kg
-Dialyse: ☐ Mo, Mi, Fr ☐ Di, Do, Sa
-Besondere Hygienemaßnahmen bei:

-MRSA-Screening durchgeführt: ☐ ja ☐ nein
-Sauerstoffbedarf: ☐ regelmäßig ☐ bei Bedarf
-Wundheilungsstörung ☐ VAC-Therapie ☐ VAC-Therapie beendet am:

-ZVK ☐ Port ☐ PEG ☐

-Antibiotika/ Chemotherapeutika/ Immunsuppressiva:

-Antibiotika beendet am:

-Gesetzliche Betreuung:

-Pflegegrad: beantragt ☐

Behandlungsziel



Geriatrische Visite:

Bitte übersenden Sie uns zusätzlich den Medikamentenplan und aktuelle Laborbefunde.