

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Adresse des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Patientenanmeldung für die Geriatrische Klinik

**Städtisches Krankenhaus Kiel
Chemnitzstraße 33
24116 Kiel**

Fax-Nr. 0431/1697-8001, Tel. 0431/1697-8000

<p>Angehörige/Bezugspersonen mit Telefonnummer:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Wunschtermin für Aufnahme/Verlegung</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Befunde beigelegt <input type="checkbox"/> War schon einmal in der Geriatrie</p>	<p>Anmeldung für:</p> <p><input type="checkbox"/> vollstationäre Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> teilstationäre Behandlung (Tagesklinik)</p> <p>Kostenträger/Wahlleistungen:</p> <p><input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> Zusatzversicherung/Wahlleistung</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer</p> <p><input type="checkbox"/> Chefärztliche Behandlung</p>
<p>Hauptdiagnose/aktuelle Beschwerden: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Relevante Nebendiagnosen: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Behandlungs-/Rehabilitationsziele: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Sozialanamnese:</p> <p>Wohnsituation: _____</p> <p>Pflegegrad: _____</p> <p>Bisherige Mobilität/Versorgung: _____</p> <p>Hilfsmittel: _____</p>	<p>Akt. Zustand/Mobilität/Pflegebedarf:</p> <p>Barthel-Index: _____/100 am _____</p> <p>Mobilität: <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Transfer <input type="checkbox"/> gehfähig ___ m</p> <p>Bei Fraktur: <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung mit ___ kg bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> nicht belastbar bis _____</p> <p>Kognitive Einschränkung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer</p> <p>Isolationspflicht bei _____</p> <p>Offene Wunden <input type="checkbox"/></p> <p>MRSA-Screening <input type="checkbox"/> Befund: _____</p> <p>02-Pflicht: <input type="checkbox"/></p> <p>Bemerkungen _____</p> <p>_____</p>
<p>Anmeldung durch: _____</p> <p>_____</p>	
<p>Ansprechpartner: _____</p>	
<p>Telefonnummer: _____</p>	