

Telefon-Hotline: 0231 6188-600

Fax: 0231 6188-707

EINWEISENDE KLINIK/ARZT:

DATUM:

PATIENT/-IN: NAME:

GEBURTSDATUM:

Regelleistung

1-Bett

2-Bett

mit Chefarztbehandlung

AKTUELLE PROBLEMATIK (z.B. Medizinische Probleme? OPs? Reha-Ziel? Barthel-Index?):

VORHERIGE MOBILITÄT: *bettlägerig*

Rollstuhl

Rollator

keine Hilfsmittel mobil

DAUERDIAGNOSEN:

ISOLATIONSBEDARF:

MRSA

3 MRGN

4 MRGN

Wo:

Clostridien positiv, noch Symptomatik?

ja

nein

Akute Diarrhoen

PFLEGESTUFE: keine PS

1

2

3

PS beantragt

PFLEGEGRAD: 1

2

3

4

5

PG beantragt

KONTAKTDATEN ANSPRECHPARTNER (für Rückruf zur Terminvergabe)

Name des Kontakts

Wunschtermin

Telefonnummer

Zusage gegeben am

Station

Zimmer

Unterschrift