

Patientenname:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:

Palliativstation: Anmeldeformular

Telefon: 05161 602-1716
Fax: 05161 602-1718

Diagnosen:

Indikation:

(Behandlungsziel,
Dringlichkeit, ...)

Ansteckende Erkrankungen:

Tbc: Ja Nein
MRSA: Ja Nein
Clostridium
difficile: Ja Nein

Momentaner Allgemeinzustand:

- Gehfähig Eingeschränkt gehfähig Nicht gehfähig
 Bettlägerig Überwiegend bettlägerig Nicht bettlägerig
 Weichlagerungsmatratze erforderlich
 Inkontinent Nicht inkontinent
 Orientiert Meistens orientiert Nicht orientiert

Sonstige Einschränkungen:

(Kommunikationsfähigkeit,
Behinderungen, ...)

Sonstige Hinweise:

(Aufnahme einer Begleitperson?,
Einrichtung einer Betreuung?, ...)

Einweiser/Einrichtung:

(Name, Stempel)

Datum:

Bitte geben Sie uns die **Nummer, unter der wir Sie erreichen:**

Telefon: _____ Fax: _____

Patientenname:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer:	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>

Ergebnis der Anmeldung

Entgegennahme der Anmeldung: _____

Datum: _____

Vereinbarungen:

Aufnahmeterrnin: _____

Meldet sich wieder: _____ (Wer, wann?)

Rückruf durch uns am/bis: _____

Hinweise:

Mitzubringen: Ärztliche Einweisung, Vorbefunde, Medikamentenliste

Aufnahme: Direkt zur Anmeldung (nicht über Zentrale Aufnahme), dann auf Palliativstation
