



KRANKENHAUS LINDENBRUNN

Anmeldung für: Akut-Geriatrie Akut-Neurologie Reha-Neurologie Phase D
 Reha-Geriatrie Früh-Reha Phase B Früh-Reha Phase C
 Früh-Reha Geriatrie **Datum:**

Anmelder: _____ Telefon: _____

Krankenhaus: _____ Fax: _____

Angaben zum Patienten: (Aufkleber genügt) Station: _____

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

Anschrift _____

Angehörige/Betreuer _____ Pflegeversicherung bereits eingestuft:
 Mitgliedsnummer Ja Nein falls ja, welche Stufe _____
 und Kostenträger: _____

Private Zusatzversicherung / Wahlleistung Chefarztbehandlung Ja Nein Einzelzimmer Ja Nein

Diagnose: _____

Medikation: _____

Der Patient ist

noch voll bettlägerig Ja Nein
 Transfer Bett-Rollstuhl selbst. Ja Nein
 gehfähig Ja Nein
 hat folgende Hilfsmittel: _____

Der Patient ist

Inkontinent für Urin Ja z. T. Nein
 DK Ja z. T. Nein
 Inkontinent für Stuhl Ja z. T. Nein

Psychische Situation

Verwirrtheit Ja Nein
 Weglauftendenz Ja Nein
Es bestehen Sprachstörung. Ja Nein

falls ja welcher Art _____

Der Patient benötigt Hilfe

beim Essen überwiegend z. T. Nein
 beim Anziehen überwiegend z. T. Nein
 beim Benutzen d. Toilette überwiegend z. T. Nein
 beim Waschen überwiegend z. T. Nein

Der Patient ist

überwiegend bewußtseinklar Ja z. T. Nein
 zu allen Qualitäten orientiert Ja Nein
 ggf. nicht orientiert Person Zeit Ort Situation
 Kooperationsfähig Ja Nein
 MRSA/ORSA Ja Nein
 Isolierungspflicht Ja Nein

Barthel - Index _____

Besonderheiten (z. B. Decubitus, Tracheostoma, Schluckstörungen, Magensonde, PEG, etc)

falls ja welcher Art _____

Krankenhaus Lindenbrunn
 Lindenbrunn 1 31863 Coppenbrügge
 Postfach 1120 31861 Coppenbrügge
 Telefon 05156 / 782 0
 Telefon Aufnahme-Center 05156 / 782 253
 Fax Aufnahme Center 05156 / 782 254
 E-mail: aufnahme@krankenhaus-lindenbrunn.de
 Internet: www.krankenhaus-lindenbrunn.de