

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

Pflegegrade: 0 1 2 3 4 5 PG beantragt

Kontaktdaten Ansprechpartner (für Rückruf zur Terminvergabe) :

Name des Kontakts: Wunschtermin:

Telefonnummer:

Zusage gegeben am: Station: Zimmer:

Unterschrift