

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**Anmeldung zur stationären geriatrischen Behandlung**
**Fax-Nummer: 0208 309-3124**

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Angehörige: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Betreuer: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Versicherung: GKV  PKV  - 1-Bett  2-Bett

Pflegegrad: nein  ja  - Grad 1  2  3  4  5

stationär seit: \_\_\_\_\_ Verlegung: \_\_\_\_\_

verlegende Klinik: \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_

verlegender Arzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

akutmedizinischer Handlungsbedarf: \_\_\_\_\_

Hauptdiagnose(n): \_\_\_\_\_

Nebendiagnose(n): \_\_\_\_\_

isolationspflichtige Infektion: nein  ja  => MRSA  VRE  Clostridien  4-MRGN   
andere  \_\_\_\_\_

Bei Fraktur: OP-Datum \_\_\_\_\_ Vollbelastung: nein  ja   
Teilbelastung mit \_\_\_\_\_kg

Desorientiertheit: nein  ja  => Hinlauftendenz: nein  ja   
Aggressivität: nein  ja

sonstiges: PEG: nein  ja  DK: nein  ja  Tracheostoma: nein  ja

aktueller Barthel-Index: \_\_\_\_\_ Punkte