

# ANMELDEFORMULAR

## für Akutgeriatrie und Remobilisation

AGK

SKM

Versicherung:

Name:

Geburtsdatum:

Derzeit stationär im KH:

Abteilung:

Diagnose/Therapieziel:

Funktionsgrad/Mobilitätsgrad:

- 1 selbstständig
- 2 mit Begleitung
- 3 mit Unterstützung gehfähig
- 4 bettlägrig/heraussetzen möglich

  
  
  

Sauerstoffbedarf:

ja

nein

Verwirrtheit:

immer

zeitweise

nie

Weitere Versorgung:

zu Hause

Altenheim

unklar

Indikation für Akutgeriatrie: Multimorbidität mit Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, Bedarf nach funktionsfördernder, funktionserhaltender oder reintegrierender Therapie

gewünschter TERMIN:

**Am Aufnahmetag ersuchen wir Sie um Transfer/Transport in unser Krankenhaus bis 11 Uhr vormittags und um Mitgabe relevanter Befunde!**

Datum

überweisender Arzt (Ansprechpartner für Rückfragen), Tel.Nr. + DW

**Stellungnahme des Aufnahmeanztes:**

Aufnahme möglich

Termin:

Aufnahme **nicht** möglich – Begründung:

Falls binnen 48 h keine Antwort eintrifft, bitte nochmals faxen oder telefonische Kontaktaufnahme!!!