

ANMELDEFORMULAR

für Akutgeriatrie und Remobilisation

AGK SKM Versicherung:

Name: Geburtsdatum:

Derzeit stationär im KH: Abteilung:

Diagnose/Therapieziel:

Funktionsgrad/Mobilitätsgrad:

1 selbstständig	<input type="checkbox"/>
2 mit Begleitung	<input type="checkbox"/>
3 mit Unterstützung gehfähig	<input type="checkbox"/>
4 bettlägrig/heraussetzen möglich	<input type="checkbox"/>

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 9.00 Uhr vormittags und um Mitgabe relevanter Befunde!

Datum

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

Stellungnahme des Aufnahmearztes:

Aufnahme möglich Termin:

Aufnahme **nicht** möglich – Begründung:

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