

ANMELDEFORMULAR

AGK SKM Versicherung:

Name: Geburtsdatum:

Derzeit stationär im KH: Abteilung:

Diagnosen:

Therapieziele:

Mobilisation

- selbstständig
- mit Begleitung
- mit Hilfsmittel
- Heraussetzen möglich
- bettlägrig

Hilfsmittel

- Krücken / Stock
- Gehwagen
- Rollstuhl
- Prothese _____

Essen und Trinken

- selbstständig
- mit Hilfe
- Schluckstörung
- PEG/Magensonde

Orientierung

- voll orientiert
- teilweise orientiert
- desorientiert
- zeitlich
- örtlich
- situativ

Pflege

- selbstständig
- mit Hilfe
- völlig hilfsbedürftig

Belastung nach OP

- nicht belastbar bis _____
- Teilbelastung bis _____
- Vollbelastung

Kardiopulmonale Belastbarkeit

- keine Einschränkung
- leichte Einschränkung
- wesentliche Einschränkung

Sauerstoffbedarf

- ja
- nein
- intermittierend

Zusätzlicher Rehabilitations-Antrag bereits gestellt? ja nein

Weitere Versorgung: zu Hause unklar Betreute Einrichtung _____

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

Gewünschter TERMIN:

Am Aufnahmetag ersuchen wir um Transfer der/des Pat. an unsere Abteilung bis 10 Uhr vormittags und um Mitgabe relevanter Befunde!

Stempel

Datum

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

Stellungnahme des Aufnahmearztes:

Aufnahme möglich Termin:

Aufnahme **nicht** möglich – Begründung: _____