

Anmelder / Krankenhaus:		
Telefon:		
Patient:		
Geburtsdatum:	Versicherung:	Wahlleistung:
Patientenanmeldung – Fax: 04521 – 802 – 499 z.H. Karin Springer		
Hauptdiagnose:		
Vorklinik, Aufn.datum:	OP- Datum:	
Nebendiagnosen:		
Mobilität (z.B. im Zimmer mobil, Hilfe bei Transfer, Begleitung – WC):		
Mobilisation ab (Datum):	Rollstuhl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Belastung ab:
Pfleigestufe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
Infektiöser Patient: <input type="checkbox"/> MRE <input type="checkbox"/> CDT <input type="checkbox"/> Noro <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> weitere:		
Screening erbeten am:		
Häusliche Situation, Mobilität zu Hause:	Wunschaufnahmedatum:	
	Zugesagtes Aufnahmedatum:	
Datum:	Unterschrift Belegungsmanagement	Unterschrift Arzt