

Patientenanmeldung

Sankt Elisabeth Krankenhaus Eutin, Plöner Straße 42, 23701 Eutin **Telefon: 04521 802-474**

Mail: Belegungsmanagement@sek-eutin.de

Telefax: 04521 802-499

Datum der Anmeldung: _____

gewünschtes Übernahmedatum: _____

Patient: ggf. Patientenaufkleber Name: Straße: PLZ Ort: Geburtsdatum: Angehörige: Name/Telefonnummer	Anmelder: Name: Straße: PLZ Ort: Telefonnummer: Gesetzliche(r) Betreuer: Name/Telefonnummer												
<input type="checkbox"/> GKV _____ <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung _____ <input type="checkbox"/> PKV _____ Wahlleistungen: <input type="checkbox"/> Wahlarzt <input type="checkbox"/> 1 Bett <input type="checkbox"/> 2 Bett													
Einweisungsgrund: <input type="checkbox"/> Geriatrische Komplexbehandlung <input type="checkbox"/> Palliativ													
Barthel-Index:													
Hauptdiagnose:													
Vorklinik, Aufnahmedatum:	Operation am: Mobilisation ab: Vollbelastung ab: Teilbelastung mit _____ kg ab:												
Nebendiagnosen:													
Besonderheiten in der Versorgung: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Unruhe/ Delir</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Demenz</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Sauerstoffpflicht</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chemotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Bestrahlung</td> <td><input type="checkbox"/> Tracheostoma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Starkes Übergewicht</td> <td><input type="checkbox"/> Ernährungs-Sonde</td> <td><input type="checkbox"/> Stoma</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ZVK</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Unruhe/ Delir	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Sauerstoffpflicht	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Starkes Übergewicht	<input type="checkbox"/> Ernährungs-Sonde	<input type="checkbox"/> Stoma		<input type="checkbox"/> ZVK	
<input type="checkbox"/> Unruhe/ Delir	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Sauerstoffpflicht											
<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Tracheostoma											
<input type="checkbox"/> Starkes Übergewicht	<input type="checkbox"/> Ernährungs-Sonde	<input type="checkbox"/> Stoma											
	<input type="checkbox"/> ZVK												
<input type="checkbox"/> Dialyse: <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa Bitte Dialyseprotokoll faxen!													
<input type="checkbox"/> Antibiotikum, welches: _____													
<input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten: _____													
Infektiöser Patient: <input type="checkbox"/> MRE <input type="checkbox"/> CDT <input type="checkbox"/> Noro <input type="checkbox"/> 3/4MRGN <input type="checkbox"/> Sonstige:													
Mobilität: <input type="checkbox"/> Bettlägerig <input type="checkbox"/> Begleitung WC <input type="checkbox"/> im Zimmer mobil <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Hilfe beim Transfer <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Elektro Rollstuhl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein													
Häusliche Situation? Pflegeheim? Mobilität zu Hause?													