

Patientenanmeldung – Fax: 04521 – 802 – 499

Sankt Elisabeth Krankenhaus Eutin ; Plöner Straße 42; 23701 Eutin Telefon: 04521 – 802 – 474; www.sek-eutin.de

| | | |
|--|---|--|
| Anmelder / Krankenhaus: | | |
| Telefon Anmelder: | | Fachrichtung: |
| Patient: | gesetzliche(r) Betreuer: | Kontakttelefon Angehörige: |
| Geburtsdatum: | Versicherung: | Wahlleistung: |
| Barthel-Index: | | |
| Hauptdiagnose: | | |
| Vorklinik, Aufnahmedatum: | | OP- Datum: |
| Nebendiagnosen: | | |
| Besonderheiten in der Versorgung: | | |
| <input type="checkbox"/> Unruhe/ Delir <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Ernährungs-Sonde <input type="checkbox"/> Sauerstoffpflicht <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Starkes Übergewicht <input type="checkbox"/> Antibiotikum welches: _____ seit wann: _____ | | |
| Mobilität: <input type="checkbox"/> Bettlägerigkeit <input type="checkbox"/> im Zimmer mobil <input type="checkbox"/> Hilfe beim Transfer <input type="checkbox"/> Begleitung WC <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel mobil, nämlich: _____ | | |
| Mobilisation ab (Datum): | Rollstuhl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Vollbelastung ab: Teilbelastung mit KG ab: |
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad: <input type="checkbox"/> nein 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | | |
| Infektiöser Patient: <input type="checkbox"/> MRE <input type="checkbox"/> CDT <input type="checkbox"/> Noro <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> weitere: <input type="checkbox"/> COVID 19 – Impfstatus: _____ | | |
| Häusliche Situation ? Pflegeheim ? Mobilität zu Hause ?: | | Wunschaufnahmedatum: |
| | | Zugesagtes Aufnahmedatum: |
| Datum: | Unterschrift Belegungsmanagement | Unterschrift Arzt |