



# Anmeldung für niedergelassene Ärzte

zur Geriatrischen Frührehabilitation Inneren Medizin Palliativmedizin

**Die Patienten sollten bis spätestens 10.00 Uhr bei uns eingetroffen sein!**

Geschlecht männlich weiblich Versicherten-Nr.:  Aufn.Datum in der einw. Klinik:

Krankenkasse:  Spezielle, seltene Medikation:  1-Bett-Zimmer  
CA Behandlung

Hausarzt:

Diagnosen:

Verlegungsgrund:  Aktuelle Belastbarkeit:

Hilfsmittel:  Einsch. des Rehapotentials:  Barthel Idx.:

Zuletzt in einer geriatrischen Frührehabilitation gewesen: ja nein Wenn ja, wann:

MRSA ja nein Lokalisation:  Saniert ja nein Behandlungsbeginn:

3MRGN ja nein Erreger:  Therapie ja nein Behandlungsbeginn:

4MRGN ja nein

Clostridien ja nein Therapie ja nein Behandlungsbeginn:

Noro ja nein

HIV ja nein Therapie/Medikation:

Chemotherapie ja nein Strahlentherapie ja nein Gewicht (kg):  Pflegegrad:

Kontaktperson/Betreuer (Name):  Telefon:

Behandelnder(r) Ärztin/Arzt:  Telefon der Station:

Gewünschter Aufnahmeterrmin:

Wird vom aufnehmenden Krankenhaus ausgefüllt.

Verbindliche Übernahme am:

**Bei Stornierung der Verlegung bitten wir dringend um telefonische Absage.**