



Teamanforderung Geriatrie für externe Ärzte & Kliniken
 Aufnahme

Terminmanagement / Belegungsmanagement

Bürozeiten: Mo- Do: 08:00-16:00 Uhr & Fr: 08:00-14:00 Uhr

☎ 02263 81-2670 · 📠 02263 81-2673 · ✉ zbm@k-k-o.de · 🌐 www.k-k-o.de

<p>Patientendaten oder Aufkleber / Etikett:</p> <p>Name, Vorname:</p> <p>Geburtsdatum: / /</p> <p>Straße:</p> <p>PLZ: Ort:</p>	<p>Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/></p> <p>Krankenkasse:</p> <p>Versichertennummer:</p> <p>Hausarzt / Ort:</p> <p>Telefon: Patient <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/></p>
---	---

Patient über die geplante Verlegung informiert und einverstanden: ja nein
 Angehörige über die geplante Verlegung informiert und einverstanden : ja nein
 Besteht eine Dialysepflicht: nein ja – in folgender Einrichtung: _____

Aktuelle Diagnosen und Beschwerden:

.....

.....

.....

.....

Gehen:	<input type="checkbox"/> frei	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
Treppensteigen:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> unmöglich	
Parese:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Schmerzsyndrom:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
O₂-Langzeit-Therapie:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Kogn. Einschränkung:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Schluckstörungen:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Isolation:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Adipositas permagna	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Soziale Situation:	<input type="checkbox"/> alleinstehend	<input type="checkbox"/> Angehörige im Haus	<input type="checkbox"/> Pflegedienst / -heim:	
			Barthel-Index:	von 100 Punkten

Bei Verlegungen zur postoperativen Versorgung nach hüftglenksnaher Femurfraktur (G-BA)
Bitte Röntgenbilder und Röntgenbefunde mitgeben

Planung der stationären Unterbringung:

Dreibettzimmer Zweibettzimmer* Einbettzimmer* Chefarztbehandlung*
 Begleitperson mit im Zimmer* Anschluss-Unterbringung als zahlender Gast gewünscht*

*Wahlleistungen gegen Aufpreis. Details und Preise entnehmen Sie bitte unserem Internetauftritt bzw. wenden sich an unsere Patientenaufnahme im Hause.

Ihre Daten:

Anfragende Praxis oder Klinik : _____

Telefon: _____ / _____ FAX: _____ / _____

Wunschtermin: ____ / ____ / ____ Alternativ-Wunsch: ____ / ____ / ____

Anforderung durch: (Name in Druckbuchstaben) _____