



AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten geb. am _____						
Adresse _____						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum	

Anmeldung geriatrische Krankenhaus-Behandlung

stationär Tagesklinik

Bitte aktuellen Barthel beifügen

Telefax 040 644 11 7512

Telefon für Rückfragen:

Stationär: 040 64411 8511

Tagesklinik: 040 64411 8547

Hausarzt:		Wahlärztliche Leistung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verlegungsanlass / Haupt-Diagnose:		<input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung _____ kg bis _____ <input type="checkbox"/> Entlastung bis: _____	
Relevante Nebendiagnosen:		Isolationspflichtiger Keim Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Tracheostoma Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> PEG Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Anus praeter Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Cystofix Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hemiparese Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sprach- / Sprechstörung Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schluckstörung Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sehbehinderung Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hörminderung Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Verhalten <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> nicht orientiert <input type="checkbox"/> Hinlaufflenz	Wohn- und Soziale Situation <input type="checkbox"/> Alten- / Pflegeheim <input type="checkbox"/> Haus / Wohnung / Seniorenwohnung <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> mit Partner ambulante Pflege Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> amtliche Betreuung Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Vorhandene Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Handstock / Unterarmstütze <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl	
Nächster Angehöriger (Tel., Adresse)		Aufnahme / Verlegung ab Absender <p style="text-align: center;">_____ Unterschrift anmeldender Arzt</p> Telefon für Rückfragen:	
<i>Interne Vermerk für Belegungsmanagement</i>			