

<b>Anmeldung</b> Bitte vollständig ausfüllen!		<b>Fax-Nr.: 05242 591-1194</b>			
<b><u>Patientendaten</u></b> Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Adresse: _____		<b><u>Versicherungsstatus</u></b> <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> SZ <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/> Wahlleistung Chefarzt			
<b>Hauptbehandlungsdiagnosen</b>					
<b>Behandlungsrelevante Nebendiagnosen</b>					
<b>Akutmedizinischer Handlungsbedarf</b>					
<b>Bekannte Erreger</b>	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> 4MRGN	<input type="checkbox"/> Clost. diff.	<input type="checkbox"/> Sonstige
<b>Körperstelle/ Seitenlokalisation</b>	_____	_____	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li.	<input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li.
<b>SARS CoV-2</b> Negativer PCR-Abstrich/Datum: _____			<b>Impfstatus</b> <input type="checkbox"/> geimpft <input type="checkbox"/> genesen <input type="checkbox"/> ungeimpft		
<b>Belastungsstufe Bei Frakturen</b>	<input type="checkbox"/> Vollbelastung	<input type="checkbox"/> Teilbelastung _____ Kg		<input type="checkbox"/> absehbare Vollbelastung: _____	
<b>Orientierung</b>	<input type="checkbox"/> Orientiert		<input type="checkbox"/> Desorientiert: Tag/Nacht <input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> Aufsicht erforderlich		
<b>Bei Zuweisung sind folgende Unterlagen in Kopie notwendig:</b> Vorbefunde, Röntgen/CT/MRT auf CD, aktuelles Labor, Medikamentenplan					
<b>Verlegung durch KH/Praxis:</b>					
<b>Übernahmedatum:</b>					
<b>Zuständiger Arzt/ Station:</b>  _____ Durchwahl: _____			<b>Häusliche Kontaktperson</b>  _____ Telefon: _____		