

ANMELDUNG zur Neurologischen Aufnahme

Per Fax: 02981/8021413

Gewünschter Aufnahmetag: _____

Patientenaufkleber/Station _____

Hauptdiagnose:

1. _____ ICD10- _____
 2. _____ ICD10- _____

ggf. OP-Datum: _____

Behandlungsbedürftige Nebendiagnosen:

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

Covid Impfstatus: _____

SARS- COV ESBL
 MRSA 3MRGN
 4MRGN

Blutverdünnung ja nein welche: _____

Isolationspflichtig

Versicherungsstatus: GKV PKV (1BZ/2BZ)

Kontaktperson/Betreuer/Vorsorgebevollmächtigter: _____

Telefonnummer: _____

Pflegegrad: _____ Hilfsmittel: _____

Funktionseinschränkungen:

Psychische Begleiterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Hilfestellung in den AEDL's
Demenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Waschen/Kleiden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe
Delir	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Essen/Trinken <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe
Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Ausscheiden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe
Depression	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Mobilisation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe
Sprachstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Atmen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Harn/Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	DK/AP <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja, wann gelegt? _____
Dekubitus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Grad: ___ Wo? _____
Synkopen/Stürze	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hemipares/Pares	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wo? _____
Schwindel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Spezielle/Wundversorgung/Verbände: _____

Verantwortlicher Arzt der verlegten Station: _____ Tel.: _____ (lesbar)

Name der verlegenden Klinik: _____ Datum: _____

Bitte schicken Sie uns alle bereits erhobenen, wichtigen Befunde per Fax mit. Vorbefunde (CT, MRT) bitte auch als CD dem Patienten mitgeben. Vielen Dank!