

Telefon-Hotline: 0231 6188-600

Fax: 0231 6188-707

**EINWEISENDE KLINIK/ARZT:**

**DATUM:**

**PATIENT/-IN: NAME:**

**GEBURTSDATUM:**

Regelleistung

1-Bett

2-Bett

mit Chefarztbehandlung

**AKTUELLE PROBLEMATIK** (z.B. Medizinische Probleme? OPs? Reha-Ziel? Barthel-Index?):

**VORHERIGE MOBILITÄT:** *bettlägerig*

*Rollstuhl*

*Rollator*

*keine Hilfsmittel mobil*

**DAUERDIAGNOSEN:**

**ISOLATIONSBEDARF:**

MRSA

3 MRGN

4 MRGN

Wo:

*Clostridien positiv, noch Symptomatik?*

*ja*

*nein*

*Akute Diarrhoen*

**PFLEGESTUFE:** keine PS

1

2

3

PS beantragt

**PFLEGEGRAD:** 1

2

3

4

5

PG beantragt

**KONTAKTDATEN ANSPRECHPARTNER** (für Rückruf zur Terminvergabe)

Name des Kontakts

Wunschtermin

Telefonnummer

Zusage gegeben am

Station

Zimmer

Unterschrift