

**Patientenanmeldung**

Chefarzt Jens Leymann  
 Röpersberg 47  
 23909 Ratzeburg  
 Tel.: 04541/133702  
 Fax: 04541/133798

stationär

Tagesklinik

**Patient/ in:**

Patientenaufkleber *oder*:  
 Name, Vorname:

Geb.-Datum:  
 Adresse:

Telefonnr. des Pat.:

Krankenkasse:

Wahlleistung:   
 Chefarzt:

**Hauptdiagnose**

→

**Defizitorientierte Nebendiagnosen** (insb. **Funktionseinschränkungen** wie Dyspnoe, Gangstörung, Schmerzen, Bewegungsdefizit bei):

.....

.....

.....

.....

Demenz/ Delir/ kognitives Defizit

- OP-Datum:

-Bei Fraktur  Vollbelastung  
 Teilbelastung: kg  
 bis:  
 Entlastung: bis:

	Selbständig	Teilweise Übernahme	Volle Übernahme
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlässt Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht auf Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anmelder/ Datum:**

Praxis/ Krankenhaus:  ZAT

Station: Hz. Arzt:

Telefon:

Im Krankenhaus seit:

Terminwunsch:

**Besonderheiten:**

-Adipositas: kg  
 -Dialyse:  Mo, Mi, Fr  Di, Do, Sa  
 -Besondere Hygienemaßnahmen bei:

-MRSA-Screening durchgeführt:  ja  nein

-Sauerstoffbedarf:  regelmäßig  bei Bedarf

-Wundheilungsstörung  VAC-Therapie

-ZVK  Port  PEG

-Antibiotika/ Chemotherapeutika/  
 Immunsuppressiva:

-Gesetzliche Betreuung:

-Pflegegrad: beantragt

**Behandlungsziel**

→

Rücksprache erwünscht?  ja  nein

Telefon: