

Anmeldung zur geriatrischen Krankenhausbehandlung
(§ 39 SGBV)

per Fax-Nr.: (05 121) 901027

St. Bernward Krankenhaus
Klinik für Geriatrie und Neurogeriatrie
Chefärztin M. Wetzel
Treibestr. 9
31134 Hildesheim

Tel: (05121) 90 - 1423
Fax: (05121) 90 - 1027

Anmeldendes Krankenhaus/ Station/ Telefon:

ggf. Stempel

MRSA positiv
 Clostridien positiv
 Andere Infektion:

Patient.-Angaben: ggf. Pat.-Aufkleber

Name: _____ geb: _____

Wird Wahlleistung Chefarztbehandlung 2-Bett-Zimmer 1-Bett-Zimmer gewünscht?

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

Welche Indikation für eine weitere Krankenhausbehandlung besteht?

Übernahme möglich ab _____

Patient/in ist abzurufen unter Telefon-Nr.: (Vorwahl/Durchwahl) _____

Was macht der Patient	selbstständig	mit Hilfe	unselbstständig
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Patient ist:	<input type="checkbox"/> immer orientiert	<input type="checkbox"/> teilweise orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert
Dekubitus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja:	wo: _____	Grad: _____	
Kontinenz	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> inkontinent
Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
MDK-Pflegeeinstufung	<input type="checkbox"/> ja Grad: _____	<input type="checkbox"/> nein	

Versorgung vor Eintritt der Erkrankung

Zu Hause bisher völlig selbstständig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zu Hause bereits versorgt durch:	<input type="checkbox"/> Sozialstation	<input type="checkbox"/> Angehörige
Bereits im Heim versorgt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wird eine Selbstversorgung... oder eine Heimunterbringung angestrebt?	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein