



AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten geb. am _____						
Adresse _____						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum	

Anmeldung geriatrische Krankenhaus-Behandlung

stationär Tagesklinik

Bitte aktuellen Barthel beifügen

Telefax 040 644 11 7512

Telefon für Rückfragen:

Stationär: 040 64411 7517

Tagesklinik: 040 64411 8547

Hausarzt:		Wahlärztliche Leistung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verlegungsanlass / Haupt-Diagnose:			
		<input type="checkbox"/> Vollbelastung	
		<input type="checkbox"/> Teilbelastung _____ kg bis _____	
		<input type="checkbox"/> Entlastung bis: _____	
Relevante Nebendiagnosen:		Isolationspflichtiger Keim Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		Tracheostoma Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		PEG Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		Anus praeter Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		Cystofix Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		Hemiparese Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		Sprach- / Sprechstörung Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		Schluckstörung Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		Sehbehinderung Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		Hörminderung Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Verhalten	Wohn- und Soziale Situation		Vorhandene Hilfsmittel
<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> Alten- / Pflegeheim		<input type="checkbox"/> Handstock / Unterarmstütze
<input type="checkbox"/> nicht orientiert	<input type="checkbox"/> Haus / Wohnung / Seniorenwohnung		<input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> Hinlaufenz	<input type="checkbox"/> allein lebend	<input type="checkbox"/> mit Partner	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
	ambulante Pflege	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	amtliche Betreuung	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Nächster Angehöriger (Tel., Adresse)		Aufnahme / Verlegung ab	
		Absender	
		_____ Unterschrift anmeldender Arzt	
		Telefon für Rückfragen:	
Interne Vermerk für Belegungsmanagement			