**Anmeldung**

*Krankenkasse (Kostenträger):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Akutgeriatrie**
* **Tagesklinik**
* **Rehabilitation**

Die Kostenübernahme wurde beim Kostenträger beantragt:  ja  nein

* **Verlegung/ Übernahme**

(entspricht einem Übernahmekonsil zur Geriatrischen frührehabilitativen

Komplexbehandlung aus externer Klinik)

Gewünschter Aufnahmetermin/Verlegungstermin:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anmeldende(r) Arzt / Praxis / Klinik: Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient/Patientin:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Wohnadresse: | Gegenwärtig untergebracht: | Telefon: |

Wahlleistung: O 1-BZ O 2-BZ O Chefarztwahl

**Einweisungsdiagnose(n)**

**Geriatrische/ (Früh-)Rehabilitative Problematik**

optional anzukreuzen:

o Demenzabklärung, -behandlung o Gebrechlichkeit, Stürze, Gangstörung

o Immobilität, Muskelatrophie o Delir, Unruhe

o Depression o Kachexie, Malnutrition

o Exsikkose o akute/ chronische Schmerzen

o Dekubitus, Wunden o Schluckstörung, Aphasie

o Paresen, Hemiparese o Verlust der Gehfähigkeit

o psychosoziale Problematik o Seh-/ Hörstörung

o Inkontinenz o Diabetes, Polyneuropathie

o Zustand nach Amputation o kardiale/pulmonale Dekompensation

optional auszufüllen:

Therapieziele:

Besonderheiten:

z.B.: MRSA, resistente Keime, Stoma, Körpergewicht über 130 kg, PEG,

Dialyse, Langzeit-Sauerstofftherapie, Unruhezustände, spezielle Wundbehandlung

**wichtiger Hinweis:** Patienten/Patientinnen mit starker Hinlauftendenz oder Unruhe

können bei uns nicht aufgenommen werden, wir verfügen über keine geschützte bzw. geschlossene Station

Telefonische Rücksprache mit Chefarzt oder Oberarzt erwünscht? o ja o nein

Bemerkung:

* Wenn vorhanden, bitte Vorbefunde/ Arztberichte/ Medikamentenplan beifügen.
* Wenn möglich, bitte telefonische Terminabsprache mit dem Sekretariat der

DRK-Klinik Mettlach, Tel.: 06864/88-209; Fax.: 06864/88-2006.

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes