



Anmeldung, aktuellen Medikamentenplan und ggf. Status zum Entlassmanagement faxen an: 06206 - 509350

Übernahme gewünscht ab: _____ vollstationär teilstationär / Tagesklinik

Patientendaten, ggf. Etikett

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Private Telefonnummer: _____

Behandlungsdaten

In Behandlung seit: _____
Hausarzt: _____
 Gesetzlicher Betreuer Angehöriger
Name _____
Telefonnummer: _____

Versicherungsdaten

Krankenkasse: _____ Wahlleistung: _____
Versicherungsnummer: _____ Einzelzimmer Zweibettzimmer

Diagnosen:

1. _____
2. _____
3. _____

COVID-19 Status

(Für Übernahmen aus Krankenhäusern ist die Übermittlung eines mittels Abstrich erhobenen Befundes zum COVID19- Status Voraussetzung für die Weiterbehandlung)

- Es bestand **zu keiner Zeit** ein COVID-19 Kontakt
- Patient wurde mind. 1x negativ getestet
- Es bestand ein **positiver** COVID-19 Befund
 - Patient ist 2x negativ getestet
 - Patient ist 48 Std. symptomfrei (z.B. kein Fieber, keine Diarrhoen, kein Husten)
 - Patient ist asymptomatisch, Erstdnachweis liegt mind. 14 Tage zurück
- Es bestand **Kontakt** zu COVID-19:
 - Patient ist asymptomatisch, ist negativ getestet, Kontakt liegt mind. 14 Tage zurück
 - Patient ist aktuell asymptomatisch, Kontakt liegt weniger als 14 Tage zurück

Weitere Diagnosen und internistischer Behandlungsbedarf:

- Dekubitus / Wunden: _____
 - Sauerstoffpflichtigkeit: _____ l/min SPO2 unter Raumluft: _____ Tracheostoma
 - MRE – Status: _____ Isolation: _____
 - Frakturbelastbarkeit: Entlastung / Teilbelastung bis: _____ kg
 - Dialysepflichtigkeit
 - sonstige Ableitungen (z.B. PEG, SPF): _____
- Sonstige Anmerkungen: _____

Erhebung der Rehabilitationsindikation

Summe des Barthel – Index: _____ Punkte (***zwingend auszufüllen**)

(Hilfe zur Ermittlung der Punktzahl finden Sie z.B. unter www.befundomat.de/barthel-index.html)

- Verhalten: Kooperativ unruhig / delirant Passiv / Ablehnend
- Bisherige Mobilität: Frei mit Hilfsmitteln draußen in der Wohnung bettlägerig
- Patient ist in einem Pflegeheim / einer Kurzzeitpflege untergebracht

Angaben zum Anmelder

Station / Arzt (Name/ Telefon): _____ Stempel / einweisendes Krankenhaus: _____