

Patientendaten (ggf. Aufkleber)		Anmelder/ Einrichtung
Name, Vorname: _____ _____ Anschrift: _____ _____ _____ Telefon: _____ Geburtsdatum: _____		stationär seit: _____
Krankenkasse: Versichertennummer:	Behandlungsart <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär	Kontakt auf Station Telefon _____ Arzt _____
Wahlleistungen <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/> Chefarzt		
Hausarzt/Facharzt: _____		

behandlungsbegründende Diagnosen:

weitere relevante Diagnosen:

Operation	bei Frakturen (bitte Vorbefunde/CD mitgeben)
OP-Datum: _____	<input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> teilbelastbar ab _____ mit _____ kg <input type="checkbox"/> übungstabil <input type="checkbox"/> keine Belastung bis _____

Status vor Erkrankung und Mobilität <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/PH <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> immobil <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> hilfsbedürftig Welche: <input type="checkbox"/> familiäre Versorgung _____ <input type="checkbox"/> Pflegedienst: _____	Pflegegrad <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt <input type="checkbox"/> Grad: _____ (1-5)
Körpergewicht _____ kg	

Kontakt Ansprechpartner:	
<input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> VS-Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Betreuer	Telefonnummer/n: _____

