



Aufkleber oder Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Straße	_____
PLZ Wohnort	_____
Krankenkasse	_____

- allgemeinversichert
 mit Wahlleistungen
 1-Bett-Zimmer
 2-Bett-Zimmer
 Geriatriisch-frührehabilitative
 Komplexbehandlung
 Kognitive Geriatrie
 Palliative Geriatrie

Hauptbehandlungsdiagnose (ggf. mit Datum Akut-Ereignis / OP)

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen

Zusatzinformationen

Belastung	<input type="checkbox"/> Vollbelastung	<input type="checkbox"/> Teilbelastung ____ kg	<input type="checkbox"/> keine
Demenz / Delir	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> schwer
Gesetzl. Betreuung / Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Isolationspflicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wegen _____
Rollstuhlpflicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstiges	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Anus praeter
Dekubitus	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wo _____

Barthel-Index

Frühestmöglicher Verlegungszeitpunkt _____

Stempel / Absender

Telefon _____

Bei Verlegung Zuständiger Arzt	Häusliche Kontaktperson
Durchwahl _____	Telefon _____