

CÄ U. Tiedemann-v. Gizycki Schützenstr. 55 23843 Bad Oldesloe Tel: 04531 / 68-1045 oder -2497 Fax: 04531 / 68-1439 https://www.asklepios.com	Patient /in (Aufkleber) Name, Vorname Anschrift Telefon Geb.-Datum Krankenkasse
Geriatrische Weiterbehandlung Stationär <input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/>	
Wahlleistung CA <input type="checkbox"/> 1- Bett <input type="checkbox"/> 2 - Bett <input type="checkbox"/>	Aufnahme erwünscht ab:
Hauptdiagnose: OP mit Datum	Welches Therapieziel wird angestrebt
Barthel Index:	Isolation: MRSA <input type="checkbox"/> CDT <input type="checkbox"/> MRGN <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> COVID <input type="checkbox"/>
BMI/ Körpergewicht:	
Besonderheiten: z.B. Chemo, Radiatio, Antibiose, Mobilität, Dekubitus, infizierte Wunde, Termine	
Dialyse <input type="checkbox"/> Mo, Mi, Fr <input type="checkbox"/> Di, Do, Sa In welcher Praxis angebunden:	
Orientierung <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> schwer eingeschränkt Hinlauftendenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Atmung <input type="checkbox"/> O ₂ <input type="checkbox"/> NIV <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Frakturbelastung <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teil, ___kg bis zum <input type="checkbox"/> Entlastung bis zum	
Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen <input type="checkbox"/> Rollstuhl Prothesen	
Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Angehörige / Betreuer (Name, Telefon)	
Name des Anmelders: Telefon, Fax-Nummer, Email	
Verlegende Station mit Telefonnummer:	

Bemerkungen