

 <b>ASKLEPIOS</b>	<b>Anmeldung Geriatrie - stationäre Behandlung</b>	Ansprechpartner: Annett Heydorn	
Geltungsbereich: Somatik Heidelberg	<b>Formular</b>	849652	17-GER
 <b>ANCORIS</b>	<b>Klinik für Geriatrie</b>	Chefarzt Dr. Jochen Gehrke	

<input type="checkbox"/> vollstationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> Tagesklinik Geriatrie
Das ausgefüllte Formular per E-Mail an <a href="mailto:BM_extern.Nord@asklepios.com">BM_extern.Nord@asklepios.com</a> senden	
Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter 040 – 18 18 87 9908 zur Verfügung	
<input type="checkbox"/> Hausärztliche Einweisung	<input type="checkbox"/> Verlegung aus Klinik
Übernahme gewünscht ab	Aktueller Barthel-Index
Anfrage von:	Rückrufnummer:
Die Rückmeldung zur Aufnahme erfolgt innerhalb eines Werktages	
Bearbeitet von	Aufnahme geplant am
<b>Patientendaten</b>	<b>Zusatzinformationen</b>
Name, Vorname oder Fallnummer & Geschlecht	Infektionen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geb. Datum	Diarrhoe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Straße	<input type="checkbox"/> Sprachbarriere
Wohnort	<input type="checkbox"/> motorische Beeinträchtigung
Telefon	<input type="checkbox"/> kognitive Beeinträchtigung
Angehörige	<input type="checkbox"/> psychische Beeinträchtigung
Telefon	<input type="checkbox"/> Sprach-/Sprech-/Schluckstörung
Versicherung	<input type="checkbox"/> Hilfestellung beim Essen
Zimmerwahl	<input type="checkbox"/> Hilfestellung beim An-/Auskleiden
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Hilfestellung beim Toilettengang
	<input type="checkbox"/> PEG
	<input type="checkbox"/> Tracheostoma
	<input type="checkbox"/> Dekubitus Grad _____
	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter
	Mobilität:
	<input type="checkbox"/> selbstständiger Transfer
	<input type="checkbox"/> Gehstützen
	<input type="checkbox"/> Transfer mit Hilfe
	<input type="checkbox"/> Rollator / Rollstuhl
	<input type="checkbox"/> aktuell Bettlägerig
Hauptdiagnose:	
Relevante Nebendiagnose	
Häusliche Situation	