



Name:
 Vorname:
 Geboren:.....
 Straße:
 PLZ/Ort:
 Krankenkasse:

Bitte Bogen ausfüllen und senden an:

Fax 03931 - 662042

Wir werden uns kurzfristig mit Ihnen in Verbindung setzen.

Bei Verlegung bitte Arztbrief, vorhandene Vorbefunde und radiologische Bilder auf CD mitgeben. Vielen Dank.

Verlegende Klinik:

Ärztlicher Ansprechpartner:

Telefon..... Fax.....

Hauptdiagnose (ggf. OP-Datum):

Teilbelastung kg bis Vollbelastung

Aktuelle Komplikationen:

Behandlungspflichtige Nebendiagnosen:

Geriatrische Probleme:

Besonderheiten

Tracheostoma Nephrostoma Anus praeter Heimbeatmung (NIV)
 Magensonde PEG Blasenkatheter/SPK O₂-Bedarf Dialyse

Therapieziel:

Grund für weiteren stationären Behandlungsbedarf:

es besteht keine Fähigkeit zur Weiterbehandlung in einer fachspezifischen oder geriatrischen Rehaklinik, weil...

Aktuelle Station:

- Normalstation:
- IMC
- Intensivstation

Versicherungsstatus:

- Regelleistung Chefarzt
- 1-Bett 2-Bett

Pflegegrad:

- kein beantragt am
- 1 2 3 4 5

Status vor Erkrankung:

- selbstständig/ Wohnung
- eigener Haushalt/Pflegehilfe
- Betreutes Wohnen
- Alters-/Pflegeheim

Infektiösität:

- Aktuell isoliert:
- MRSA neg. pos.
- Clostridien neg. pos.
- VRE neg. pos.
- 3 MRGN neg. pos.
- 4 MRGN neg. pos.
- Influenza neg. pos.
- Sars-CoV-2 neg. pos.

Barthel-Index:

AHB beantragt: ja nein

Stationär seit

Gewünschter Übernahmetermin

....., den

..... (Arzt)

Übernahme: am nicht möglich

Hinweise:

Datum:.....

Unterschrift:.....