

**Anfrage zur Übernahme in die stationäre Akutgeriatrie**      Johanniter-Krankenhaus Stendal

Name: .....

Vorname: .....

Geboren:.....

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

Krankenkasse: .....

Bitte Bogen ausfüllen und senden an:

**Fax 03931 – 66 18 02**

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     O<sub>2</sub>-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:.....