

Patientenanmeldung – Fax: 04521 – 802 – 499

Sankt Elisabeth Krankenhaus Eutin ; Plöner Straße 42; 23701 Eutin Telefon: 04521 – 802 – 474; www.sek-eutin.de

Anmelder / Krankenhaus:					
Telefon:					
Patient:	gesetzliche(r) Betreuer:	Kontakttelefon Angehörige:			
Geburtsdatum:	Versicherung:	Wahlleistung:			
Barthel-Index:					
Hauptdiagnose:					
Vorklinik, Aufnahmedatum:		OP- Datum:			
Nebendiagnosen:					
Besonderheiten in der Versorgung: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Unruhe/ Delir <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sauerstoffpflicht <input type="checkbox"/> Starkes Übergewicht </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Antibiotikum; welches: _____ <input type="checkbox"/> Allergien/ Unverträglichkeiten: _____ </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Ernährungs-Sonde <input type="checkbox"/> Dauerkatheter </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Unruhe/ Delir <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sauerstoffpflicht <input type="checkbox"/> Starkes Übergewicht	<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Antibiotikum; welches: _____ <input type="checkbox"/> Allergien/ Unverträglichkeiten: _____	<input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Ernährungs-Sonde <input type="checkbox"/> Dauerkatheter
<input type="checkbox"/> Unruhe/ Delir <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sauerstoffpflicht <input type="checkbox"/> Starkes Übergewicht	<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Antibiotikum; welches: _____ <input type="checkbox"/> Allergien/ Unverträglichkeiten: _____	<input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Ernährungs-Sonde <input type="checkbox"/> Dauerkatheter			
Mobilität: <input type="checkbox"/> Bettlägerigkeit <input type="checkbox"/> Begleitung WC		<input type="checkbox"/> im Zimmer mobil <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel mobil <input type="checkbox"/> Hilfe beim Transfer			
Mobilisation ab (Datum):	Rollstuhl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vollbelastung ab: Teilbelastung mit KG ab:			
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
Infektiöser Patient: <input type="checkbox"/> MRE <input type="checkbox"/> CDT <input type="checkbox"/> Noro <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> weitere: <input type="checkbox"/> COVID 19 – Impfstatus: _____					
Häusliche Situation? Pflegeheim? Mobilität zu Hause?:		Wunschaufnahmedatum:			
		Zugesagtes Aufnahmedatum:			
Datum:	Unterschrift Belegungsmanagement	Unterschrift Arzt			