

Pat-Klebchen

**Kontakt:** Tel: 0511 / 7300-301  
Fax: 0511 / 7300-306

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Anmelder:** \_\_\_\_\_

**Tel.Nr.:** \_\_\_\_\_

Relevante Diagnosen (Freitext, keine ICD-Nr.; Hauptdiagnose zuerst, OP, Vollbelastung/Teilbelastung bis kg)

Funktionsstörungen (z. B. Sprach-, Sprech- oder Schluckstörungen): \_\_\_\_\_

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), geregelt in §6 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), welche nicht sachgerecht über das G-DRG System abgerechnet werden können nein  ja

Barthel Index Punkte: \_\_\_\_\_ **(ohne Angabe des Barthel kann die Übernahme nicht geplant werden!)**

Besteht eine Lungenerkrankung: nein  ja  \_\_\_\_\_ Sauerstoffgabe nein  ja

**Bitte unbedingt zutreffendes ankreuzen:**

PEG/ ZVK / Port	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	MRSA	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
DK/ SPK / AP	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	anderer isopfl. Keim welcher?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Hemiplegie/ -parese	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Dekubitus	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Dialyse	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Lokalisation / Grad	
Spezialmatratze	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Offene Wunden	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
VAC- System	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Lokalisation:	
Delir/ Demenz	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	BMI: _____	
Adipositas	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		

**Bitte senden Sie uns ergänzend hierzu den Medikamentenplan und den aktuellsten Arztbrief**

Gesetzlicher Betreuer nein  ja  Kontaktdaten: \_\_\_\_\_

**Wahlleistung:**  1-Bett-Zimmer  2-Bett-Zimmer  WL CA  
 Mehrbettzimmer möglich? nein  ja

**Ihr Wunschdatum für die Verlegung:** \_\_\_\_\_

Übernahme möglich: (HDZ CA/OA) \_\_\_\_\_ Bemerkung: \_\_\_\_\_