

Pat-Klebchen

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

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

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

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

ja  nein

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

Besteht eine Lungenerkrankung  Ja, \_\_\_\_\_ Sauerstoffgabe  ja  nein

**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"/> | Kontaktdaten:                 | _____   |
| Gesetzlicher Betreuer | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | BMI:                          | _____   |
| Adipositas            | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |                               |   |

**Wahlleistung:**  1- Bett- Zimmer  2- Bett- Zimmer  WL CA

Mehrbettzimmer möglich? ja  nein

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

**Antwort erbeten unter Tel.-Nr.**

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