

Anmeldeformular

Absender

Datum

Sankt-Rochus-Kliniken
Patientenmanagement

Fax-Nr. 07253/82 41 05
E-mail: aufnahme@sankt-rochus-kliniken.de

Anfrage

Nächstmöglicher Termin

Reservierung

Wunschtermin

.....
 Name des Patienten

.....
 Geb.-Datum

.....
 Diagnose

Orthopädie

Neurologie Phase D

Kardiologie

Neurologie Phase C

Geriatrie

Kurzzeitpflege

Barthel-Punkte:

Pflegestufe:

Patient benötigt Hilfe

ja nein

Infektionen:

ja nein

.....
Wird von Sankt-Rochus-Kliniken, Abt. Patientenmanagement ausgefüllt und zurückgefaxt:

Die Aufnahme wäre am _____ möglich.

Bitte teilen Sie uns mit, ob wir den angebotenen Termin für Sie reservieren sollen und reichen Sie uns die fehlenden Angaben mit beiliegendem Formular nach.

Datum

Unterschrift

Medizinische Angaben zu

Herr Frau **Geb.-Datum**

.....
 Hauptdiagnose

.....
 Sonstige Erkrankungen oder Beschwerden

.....
 Op-Datum

Diabetiker sauerstoffpflichtig

.....
 Größe

.....
 Gewicht

.....
 Vollbelastung ab

.....
 Teilbelastung bis

Infektionsstatus:

MRSA-Screening	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> kein
MRE-Screening*	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> kein
VRE-Screening	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> kein
HIV	<input type="checkbox"/> pos.		
Hepatitis	<input type="checkbox"/> pos.		
Noro	<input type="checkbox"/> pos.		
Clostridien	<input type="checkbox"/> pos.		

**inkl. ESBL-Bildner, CRE, MRGN/RGN*

Sauerstoffpflichtig

ja nein

Hilfsbedarf

kein gering mittel hoch

Folgende Hilfsmittel werden benötigt

<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gehstützen	<input type="checkbox"/> Krankenhausbett	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: