

Akutgeriatrischer Einbestellbogen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Cura Krankenhaus
eine Betriebsstätte der GFO Kliniken Bonn
Schülgenstr. 15
53604 Bad Honnef

Ihr Ansprechpartner:
Zentrales Belegungsmanagement

Tel: 0 22 24 / 7 72 - 2000
Fax: 0 22 24 / 7 72 - 11 33

**Name, Anschrift und Geburtsdatum
des Patienten:**

Bitte Patientenaufkleber anbringen

Hauptdiagnose:

Nebendiagnose:

Sonstige Angaben: Dialysepflicht
 Interm. Beatmung
 Monitoring
 Patient unterliegt dem G-BA Beschluss zur Versorgung
höftgelenknaher Frakturen
*(In diesem Fall werden die Patienten in der akutgeriatrischen Abteilung der GFO-
Kliniken-Bonn, Betriebsstätte Cura Bad Honnef weiter nach dem G-BA Beschluss
zur Versorgung höftgelenksnaher Frakturen behandelt)*

Aufnahmetermin: dringend (.....Tage)
 elektiv

Versichertenstatus: Krankenkasse
 GKV Versichert
 GKV versichert + Zusatzleistung bei stat. Behandlung
 PKV

Leistung: mit Chefarzt
 ohne Chefarzt
 Einbettzimmer (155€/ Tag)
 Zweibettzimmer (80€/ Tag)
 Dreibettzimmer

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 (bitte ankreuzen)

Akutgeriatrischer Einbestellbogen
Formular
Kernprozesse/Aufnahme/geplante stationäre Aufnahme

Bitte Patientennamen eintragen:

Liegen zusätzlich typisch geriatrische Diagnosen vor wie z.B.:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geriatrie typische Multimorbidität | <input type="checkbox"/> Schmerzsyndrome im Alter |
| <input type="checkbox"/> Sturz | <input type="checkbox"/> cerebrovaskuläre Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Gangstörung | <input type="checkbox"/> kognitive und psych. Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> lokomotorische Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungsapparates | <input type="checkbox"/> Harn/Stuhlinkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Polypharmazie (> 5 Medikamente)
<small>(zutreffendes bitte ankreuzen!!!)</small> |

Welche der o.g. Erkrankungen sind weiter stationär behandlungsbefürtigt?

- Mobilität:**
- Bettlägerig
 - Rollstuhlfähig
 - Gehen mit Hilfe

- 4 MRGN:**
- Nein
 - Ja

- Sonstige Problemkeime:**
- Nein
 - Ja

- Impfstatus COVID19:**
- Vollst. immunisiert
 - Nicht immunisiert

Angaben zur sozialen Situation:

Wurde bereits eine Reha-Maßnahme beim Kostenträger beantragt?

- Nein
- Ja

Bitte senden Sie uns ärztliche Berichte, wenn vorhanden, mit dieser Anmeldung per Fax zu, Danke
Bedenken Sie, dass die Aufnahme des Patienten nur mit einem neg. PCR <48h möglich ist.

Anmeldedatum: _____

Name und Telefonnummer des Anmelders/ ärztlichen Ansprechpartners: _____

Unterschrift: _____

Stempel