

Akutgeriatrischer Einbestellbogen GFO Kliniken Bonn

Bitte kreuzen Sie die priorisierte Einrichtung an. Beachten Sie, dass wir diese Prioritäten nicht immer gewährleisten können.

<input type="checkbox"/>	St. Josef Hospital Hermannstr. 37 53225 Bonn (Beuel)
<input type="checkbox"/>	Cura Krankenhaus Schülgenstr. 15 53604 Bad Honnef

Name, Anschrift und Geburtsdatum des Patienten:

Bitte Patientenaufkleber anbringen

**Ihr Ansprechpartner:
Zentrales Belegungsmanagement**

Tel: 0 22 24 / 7 72 - 1513

Fax: 0 22 24 / 7 72 - 11 33

Hauptdiagnose:**Nebendiagnose:****Sonstige Angaben:**

- Dialysepflicht
- Intern. Beatmung
- Monitoring
- Patient unterliegt dem G-BA Beschluss zur Versorgung hüftgelenknaher 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 hüftgelenknaher Frakturen behandelt)

Aufnahmetermin:

- dringend (.....Tage)
- elektiv

- Versichertenstatus:** Selbstzahler
 GKV versichert
 GKV versichert + Zusatzleistung bei stat. Behandlung
 PKV versichert

- Leistung:** mit Chefarzt
 ohne Chefarzt
 Einbettzimmer (95€/ Tag)
 Zweibettzimmer (55€/ Tag)
 Dreibettzimmer

- Pflegegrad:** 1 2 3 4 5 (bitte ankreuzen)

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)
(zutreffendes bitte ankreuzen!!!) |

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

- Mobilität:** Bettlägerig
(Pflichtfeld) Rollstuhlfähig
 Gehen mit Hilfe

- 4 MRGN:** Nein
(Pflichtfeld) Ja

- Sonstige Problemkeime:** Nein
(Pflichtfeld) Ja



Akutgeriatrischer Einbestellbogen

Formular

Kernprozesse/Aufnahme/geplante stationäre Aufnahme

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