



Anmeldung



Dr. med. Frank Richert
Chefarzt der Klinik für Geriatrie

Krankenhaus Elbroich
Am Falder 6
40589 Düsseldorf

Sekretariat:
Telefon (02 11) 75 60-201
Telefax (02 11) 75 60-209

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geb. Datum: _____

Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung: _____

Nächste Angehörige: _____

Anschrift / Tel.: _____

Chefarztbehandlung / Wahlleistung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wohnung: zu Hause	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
1 Bett-Zimmer*	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Seniorenheim	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2 Bett-Zimmer*	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

*Zuzahlungspflichtig

Diagnosen: _____

Belastbarkeit nach OP / Osteosynthese () voll () teil _____ kg. Gehen mit Hilfsmittel _____

Aktuelle Befunde, Zutreffendes bitte ankreuzen:

bettlägerig ja nein stehfähig ja nein gehfähig ja nein Rollstuhlfahrer ja nein

Hilfe bei:

Essen ja nein Waschen ja nein Anziehen ja nein Toilettengang ja nein

Decubitus ja nein Dauerkath. ja nein PEG ja nein ZVK ja nein

Psychischer Befund: _____

verwirrt ja nein kooperationsfähig ja nein motiviert ja nein agitiert ja nein

Erregernachweis von:

MRSA ja nein 3/4 MRGN ja nein Norovirus ja nein Clostridien ja nein

Sonstige path. Erreger _____ Symptomfrei seit dem _____

Stempel (Praxis / Klinik)

Telefon bei Rückfragen:

Name / Unterschrift: