



Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

Patientendaten (Aufkleber)		Anmelder/Einrichtung	
Name, Vorname		stationär seit	
geb.			
Krankenkasse	Behandlungsart	stationär <input type="checkbox"/>	Kontakt auf Station
		teilstationär <input type="checkbox"/>	
Wahlleistungen	Chefarzt <input type="checkbox"/>	1-Bett <input type="checkbox"/>	
		2-Bett <input type="checkbox"/>	Arzt _____
Hausarzt			

behandlungsbezügliche Diagnosen:

weitere relevante Diagnosen:

Operation	bei Frakturen <i>(bitte Vorbefunde / CD mitgeben)</i>
OP-Datum	<input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> teilbelastbar ab _____ mit _____ kg <input type="checkbox"/> übungstabil <input type="checkbox"/> keine Belastung bis _____

Status vor Erkrankung und Mobilität <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/PH <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> immobil <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> hilfsbedürftig Welche: _____ <input type="checkbox"/> familiäre Versorgung _____ <input type="checkbox"/> Pflegedienst: _____	Pflegegrad <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt <input type="checkbox"/> Grad: _____ (1-5)
--	--

Kontakt Ansprechpartner: <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> VS-Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Betreuer	Telefonnummer/n: _____
--	---------------------------

