

<b>CÄ U. Tiedemann-v. Gizycki</b> <b>Schützenstr. 55</b> <b>23843 Bad Oldesloe</b> <b>Tel: 04531 / 68-1045 oder -2497</b> <b>Fax: 04531 / 68-1439</b> <small>sekretariat-geriatrie.badoldesloe@asklepios.com  <a href="https://www.asklepios.com/bad-oldesloe/">https://www.asklepios.com/bad-oldesloe/</a></small>	Patient /in (Aufkleber) Name, Vorname Anschrift Geb.-Datum Krankenkasse
<b>Geriatrische Weiterbehandlung</b> Stationär <input type="checkbox"/> Tagesklinik <input type="checkbox"/>	
<b>Wahlleistung</b> CA <input type="checkbox"/> 1- Bett <input type="checkbox"/> 2 - Bett <input type="checkbox"/>	<b>Aufnahme erwünscht ab:</b>
<b>Hauptdiagnose:</b> OP mit Datum:	<b>Welches Therapieziel wird angestrebt</b>
<b>Barthel Index:</b>	<b>Isolation:</b> <input type="checkbox"/> Nein MRSA <input type="checkbox"/> CDT <input type="checkbox"/> MRGN <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> COVID <input type="checkbox"/>
<b>BMI/ Körpergewicht:</b>	
<b>Besonderheiten:</b> z.B. Chemo, Radiatio, Antibiose, Mobilität, Dekubitus, infizierte Wunde, Termine	
<b>Dialyse</b> <input type="checkbox"/> Mo, Mi, Fr <input type="checkbox"/> Di, Do, Sa <b>In welcher Praxis angebunden:</b>	
<b>Orientierung</b> <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> schwer eingeschränkt Hinlauftendenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Atmung</b> <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> NIV <input type="checkbox"/> Sonstiges	
<b>Frakturbelastung</b> <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teil, ___kg bis zum <input type="checkbox"/> Entlastung bis zum	
<b>Hilfsmittel</b> <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Prothesen	
<b>Pflegegrad</b> <input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<b>Angehörige / Betreuer</b> (Name, Telefon)	
<b>Telefonnummer Patient:</b>	
<b>Name des Anmelders:</b> Telefon, Fax, eMail	
<b>Verlegende Station mit Telefonnummer:</b>	

<b>Hausarzt:</b>
<b>Bemerkung:</b>