

**Checkliste Ambulanz** (Zentrale Aufnahme, Tel. 0231/4619-535, Fax 0231/4619-216)

Geplantes Übernahmedatum:

Verlegung woher?

Hausarzt:

Kontakt-Tel. Nr. (Angehörige):

Von Station:

Tel.:

Dort seit?

! # Bitte immer **Medikamentenplan** mitsenden

! # Aufenthalt > 4 Wochen: Bitte **ärztl.**

**Verlaufsbericht u. Barthel-Index** mitgeben zur Vorlage bei OA

Ausfüllen oder Patientenaufkleber:

Name:

Krankenkasse:

Diagnose(n):

Nebendiagnose(n):

Geburtsdatum:

Privat:  1 Bett

2 Bett

PKV: Vers.Nr. \_\_\_\_\_

Selbstzahler:

lebt in SH  lebt in eig. Whg.

Mobilität:  bettlägerig  teilmobil  mobil

Bei Fraktur:  voll belastbar  teilbelastbar  nicht belastbar

Orientierung:  orientiert  teilweise  Demenz

Vigilanz:  wach  somnolent  komatös

Dekubitus:  ja  nein

Behandlung (VAC?):

**Bei Dekubitus und chron. Wunden: Abstriche auf MRSA u. pathogene Keime erforderlich!**

MRSA:

Lokalisation:

Abstriche gemacht am:

werden gemacht:

**Hinweis: nicht älter als 5 Tage zum Zeitpunkt der Übernahme!**

Weitere Keime (3/4MRGN, Clostridien, Noro, Rota, VRE etc.):

Pneumonie:  nein  ja  Intensiv  Beatmung  
Antibiogramm:  invasiv  non-inv.

Barthel-Index:

Ernährung:  oral  PEG/MS  venös

Ges. Betreuung:  ja  nein  beantragt  
Tel.: \_\_\_\_\_

Geriatric-Aufenthalt letzte 6 Mon.:  ja  nein

Pflegegrad:  ja  nein  beantragt

Reha beantragt?  ja  nein

**Reha: wenn ja, Oberarzt/-ärztin informieren!**

Besonderheiten: