

Anmeldung Geriatrie Klinik Sulingen

Per Fax an 04271 82-33532

Krankenhaus: _____

Patientendaten (bitte vollständig ausfüllen):

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: ☐ M ☐ W ☐ D

Krankenkasse: _____

Mitgliedsnummer: _____

Hausarzt: _____

Aufnahmedatum: _____

Alternativ großer Aufkleber

Status: ☐ Einzelzimmer ☐ Chefarztbehandlung

Telefon Station: _____ Ärztin/Arzt/Tel.: _____

Sozialdienst: _____

Angehörige*r [ggf. Betreuer*in]: _____

☐ D. Patient*in [ggf. Betreuer*in] ist mit der Behandlung einverstanden.

Verlegung ab: _____

Medizinische Angaben:

Diagnose(n): _____

Ggf. OP-Datum: _____ bei Fraktur ☐ Vollbelastung ☐ Teilbelastung ____ kg
☐ ohne Belastung mind. bis _____

Infektionen: ☐ Covid-19 ☐ NORO ☐ Clostridien ☐ MRSA ☐ _MRGN ☐ VRE

Wunde(n): _____

Dekubitus: _____

Antibiose: _____

Komplikationen: _____

D. Patient*in ist: ☐ orientiert ☐ desorientiert ☐ gelegentlich desorientiert

Barthel-Index: _____ Punkte Pflegegrad ☐ ohne ☐ beantragt ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

Behandlungsziel(e) für geriatrische Komplexbehandlung:
Interne Vermerke

Übernahme ☐ ja ☐ nein	Aufnahme am	Info an Station Aufnahme ☐	CA/OA Handzeichen
--	-------------	--	-------------------

Erstellt von:	Geprüft von:	Freigegeben von:	Gültig ab:	Geltungsbereich:	Version: 2.0
CA A. Konermann	QMB	QMB	07/2026	Kliniken Landkreis Diepholz gGmbH	Seite 1 von 1