



AHB-Anmeldung stationär

ganztägig ambulant

KMQ Kardiologie

KMQ Pneumologie

Gewünschte Aufnahme ab: _____

Diagnose: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort.: _____

Krankenkasse: _____

Kostenträger: _____

Berufstätig: Ja Nein

Größe _____ Gewicht _____

Barthel-Index _____ Keime _____

Allergien _____

Hilfe bei ADL: Ja Nein

Spezifische Medikamente: Ja Nein

Wenn ja, welche (Art, Dosis): _____

Besonderheiten: Rollator Rollstuhl Sauerstoff NIV

Sonstiges: _____

Krankenhaus: _____

Aufenthalt: _____ bis _____

Sachbearbeiter: _____

Tel: _____

Datum: _____