Hausarzt/einweisender Arzt:

Patient:

Adresse:

Telefonnummer:

Aufnahmegrund:

Patient kommt mit Unterbringungsbeschluss  ja  nein

Unterbringung nach  BGB  UG

Patient geschäftsfähig:  ja  nein

Dringlichkeit: Suizidal?  ja  nein

Besteht Betreuung?  ja Name:

Telefon:

nein

Besteht Vorsorgevollmacht?  ja Name:

Telefon:

nein

Patient geh- und stehfähig?  ja  nein

Auf Hilfsmittel angewiesen?  ja  nein

Wenn ja welche?

Bei akut somatischen Erkrankungen:

Abklärung und Behandlung erfolgt?  ja  nein

Welche?

(Pat. mit Monitor/Beatmungspflicht/Sauerstoffpflicht/Trachealkanüle werden nicht aufgenommen)

Problemkeime?  nein

ja:  MRSA  ESBL  Clostridien  VRE

Konsum von Suchtmittel? (Drogen, Alkohol)

Psychiatrische Vor-/Begleitbehandlung?  ja  nein

Falls ja, welche:

Somatische Begleiterkrankungen:

Aktuelle Medikation: (seltene oder teure Medikamente?)

Unverträglichkeiten / Allergien? Kostform:

**Per Fax an PAZ: 09131 – 753 2774**

Aufnahme **nur** nach telefonischer Rücksprache!