



**Akutgeriatrischer Einbestellbogen**

Formular  
Aufnahme

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!**

**CURA Krankenhaus**  
eine Betriebsstätte der GFO Kliniken Bonn  
Schülgenstr. 15  
53604 Bad Honnef

**Ihr Ansprechpartner:**  
**Zentrales Belegungsmanagement**

Tel: 0 22 24 / 7 72 - 2000  
Fax: 0 22 24 / 7 72 - 11 33

**Name, Anschrift und Geburtsdatum  
des Patienten:**

Bitte Patientenaufkleber anbringen

**Hauptdiagnose:** \_\_\_\_\_

**Nebendiagnose:** \_\_\_\_\_

- Sonstige Angaben:**
- Dialysepflicht
  - Interm. Beatmung
  - Monitoring
  -

**Aufnahmetermin:** \_\_\_\_\_

- dringend (.....Tage)
- elektiv

**Versichertenstatus:**  Krankenkasse \_\_\_\_\_

- GKV Versichert
- GKV versichert + Zusatzleistung bei stat. Behandlung
- PKV

- Leistung:**
- mit Chefarzt
  - ohne Chefarzt
  - Einbettzimmer (105 €/ Tag)
  - Zweibettzimmer (58€/ Tag)
  - Dreibettzimmer

**Pflegegrad:**      1    2    3    4    5 (bitte ankreuzen)



### Akutgeriatrischer Einbestellbogen

Formular  
Aufnahme

Bitte Patientennamen eintragen:

**Liegen zusätzlich typisch geriatrische Diagnosen vor wie z.B.:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geriatrie typische Multimorbidität  | <input type="checkbox"/> Schmerzsyndrome im Alter  |
| <input type="checkbox"/> Sturz                               | <input type="checkbox"/> cerebrovaskuläre Erkrankungen   |
| <input type="checkbox"/> Gangstörung                         | <input type="checkbox"/> kognitive und psych. Erkrankungen   |
| <input type="checkbox"/> lokomotorische Beeinträchtigung     | <input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen   |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungsapparates | <input type="checkbox"/> Harn/Stuhlinkontinenz   |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                           | <input type="checkbox"/> Polypharmazie (> 5 Medikamente)<br><small>(zutreffendes bitte ankreuzen!!!)</small> |

Welche der o.g. Erkrankungen sind weiter stationär behandlungsbefürftig?

---

---

---

**Mobilität:**

- Bettlägerig
- Rollstuhlfähig
- Gehen mit Hilfe

**4 MRGN:**

- Nein
- Ja

**Sonstige Problemkeime:**

- Nein
- Ja  
Wenn ja, Welche?

**Angaben zur sozialen Situation:**

---

**Wurde bereits eine Reha-Maßnahme beim Kostenträger beantragt?**

- Nein
- Ja

Bitte senden Sie uns ärztliche Berichte, wenn vorhanden, mit dieser Anmeldung per Fax zu, Danke

**Anmeldedatum:**

---

**Name und Telefonnummer des Anmelders/  
ärztlichen Ansprechpartners:**

---

---

**Unterschrift:**

---

**Stempel**