



Anmeldung Geriatrie

Klinikum Lehrte Akutgeriatrie

Tel: 05132/503-960 FAX: 05132/503-204

Manskestr. 22		Mail: geriatrie.lehrte@krh.de			
31275 Lehrte			Man. genatrie.ier	irte@krn.de	
Patientenanmeldu	ng:				
Name, Vorname	<u> </u>			Alm	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Geburtsdatum:				Akutgeriatrie	
Straße:					Mit Malallaiat
Wohnort:					1.5
Krankenkasse .					0.5 //
Hauptbehandlungs Behandlungsreleva			kutereignis/OP):		
Belastung:	Vol	ı	Teilkg		
Vigilanz:	O.E		Gemindert	Keine	
Demenz/Delir:	Nei		Ja		
Isolationspflicht:	7.220		Ja, wegen		
Barthelindex (altern					
Frühestmöglicher Ver	legungszeit	tpunkt:			
Stempel/Absender		Zuständiger Arzt		Nächste Angehörige	
		Tel:		Tel:	

Bitte vorläufigen Arztbrief und/oder Befund beifügen. Danke!

Erstellung: Dodenhof, Britta Fachliche Freigabe: Frick, Detlef -INN- (Lehrte)

Fachkliniken: Innere Medizin

Hinweis: Ausdrucke unterliegen nicht dem Änderungsdienst.

Dokumentenkennzeichen: LEH- F-42734

Freigabedatum: 21.10.2024

Version: 4 Seite 1 von 1