



Anmeldung eines Patienten für die Fachübergreifende Frührehabilitation - Kardiologie
Anmeldung per Fax an: 05572 / 41-1706

Ansprechpartner bei Rückfragen:

- Dr. med. Beismann, Christoph, Ltd. Oberarzt Innere Medizin, Durchwahl: 1594, Mail: christoph.beismann@klinik-lippoldsberg.de
- Clemens Grefe, Oberarzt Innere Medizin, Durchwahl: 1586, Mail: clemens.grefe@klinik-lippoldsberg.de

Anmeldende Klinik: _____		Patient:	
Ort: _____		Name: _____	
Behandelnde/r Arzt/Ärztin: _____		Vorname: _____	
Telefon (Rückrufnummer): _____		Geboren: _____	
Fax: _____		Wohnort: _____	
		Gewicht ca.: _____ kg Größe ca.: _____ cm	
Kostenträger: _____			
Betreuungsstatus: _____, Telefon (Betreuer): _____			
Kontaktdaten (Angehörige): _____			
Verlegungsgrund: _____			
Vorerkrankungen: _____		Kurzanamnese: _____	
Pflegerischer Unterstützungsbedarf:			
Mobilität: _____		Stuhlgang / Urin: _____	
Körperpflege: _____		Nahrungsaufnahme: _____	
Infektiologie		Sonstiges: _____	
Isolationspflichtig: <input type="radio"/> ja / <input type="radio"/> nein:			
Keim: _____			
Lokalisation: _____			
Medikation: _____			

Datum

Unterschrift

ggf. Stempel