



MEDIZINISCHER STATUSBOGEN

Antrag auf Leistung für eine stationäre Krankenhausbehandlung in einer gemischten Krankenanstalt

Patient:

Name, Vorname	Geb.-Datum	Vers.-Nr.
---------------	------------	-----------

Wohnort: _____ Straße: _____

1. Aktuell behandlungsrelevante Erkrankungen:

Vollständige wissenschaftliche Diagnosen mit ICD-Codierung:

2. Bisherige Diagnostik / Therapie (Behandelnder, Maßnahmen, Dauer)

- bitte unbedingt auch alle aktuellen Befundberichte usw. beifügen

ambulant: _____

stationär: _____

3. Derzeitige Befunde vor Aufnahme in der Klinik

(z.B. Labordaten, Wundheilung, Mobilisierung, Pflegebedürftigkeit, Transportfähigkeit, Barthel-Index)

- bitte unbedingt auch alle aktuellen Befundberichte usw. beifügen

aktuelle Medikamente: _____

Ist der Patient kooperationsfähig? _____ Motiviert? _____

4. Gründe, weshalb eine ambulante Maßnahme nicht ausreicht:

Stempel

Datum / Unterschrift des Arztes / Facharztes