

# Stammblatt zur Meldung bei den Brückenschwestern

**Fax: 0711 / 64 55 8 21**



Platz für Kleber

Adressette

Betreuung durch: \_\_\_\_\_

Abschluss am : \_\_\_\_\_

Abschlussgrund: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Straße : \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ PLZ : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Ort : \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Stadtteil : \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Telefon : \_\_\_\_\_

Karnowsky-Index : \_\_\_\_\_ %

Datum der Meldung : \_\_\_\_\_ Meldung durch : \_\_\_\_\_  
(Aufnahmedatum bei den Brückenschwestern) (Name des/der Meldenden)

Diagnose: \_\_\_\_\_ ICD 10: \_\_\_\_\_

Metastasierung: \_\_\_\_\_

Klinikerarzt : \_\_\_\_\_

Krankenhaus : \_\_\_\_\_ Station / Tel.: \_\_\_\_\_

Hausarzt : \_\_\_\_\_

Krankenkasse : \_\_\_\_\_

Sozialstation : \_\_\_\_\_

Angehörige: \_\_\_\_\_

Probleme : \_\_\_\_\_

Hilfsmittel : \_\_\_\_\_

Sonstiges : \_\_\_\_\_

Entlassung geplant : \_\_\_\_\_