

Patientenetikett

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

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

# Patientenanmeldung für geriatrische Komplexbehandlung

per FAX an Frau Häusler

FAX: (030) **130 121047**

Gewünschter Verlegungstermin: \_\_\_\_\_ stationär seit: \_\_\_\_\_

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

OP Tag: \_\_\_\_\_

Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_

**Isolationsbedarf:**  ja  nein (MRSA, MRGN, Clostridien, Durchfallerkrankungen)

**Wahlleistung:**  Chefarzt  1 Bettzimmer  2 Bettzimmer

**Hilfebedarf ADL Bereich:**  keiner  wenig  viel **Barthel Index:** \_\_\_\_\_

**Kognitive Defizite:**  ja  nein **Instruktionsverständnis:**  gut  mäßig  schlecht

**Aktuelle Mobilität:**  Vollbelastung  Teilbelastung \_\_\_\_\_ kg  Gehstrecke \_\_\_\_\_ m

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

**Soziale Situation:** Pflegegrad:  nein  ja, welcher? \_\_\_\_\_

Pflegende Person/Hauskrankenpflege: \_\_\_\_\_

**Gesetzliche Betreuung:**  nein  ja \_\_\_\_\_

**Vorsorgevollmacht:**  nein  ja \_\_\_\_\_

Patient mit geriatrischer Behandlung einverstanden:  ja  nein

Familie mit geriatrischer Behandlung einverstanden:  ja  nein

Name/Klinik Anmelder: \_\_\_\_\_ Rückruf Tel. Nr. \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift

Stempel

Es handelt sich bei der Behandlung in der Geriatrie  
nicht um eine Reha-Maßnahme, sondern um eine  
Krankenhausbehandlung mit frührehabilitativen Maßnahmen.