

Anmeldung zur vollstationären geriatrischen Frührehabilitation/Akutgeriatrie

Chefarzt Dr. Rainer Koch



WICHTIG: Gewünschten Standort ankreuzen (entsprechend Faxen)	<input type="checkbox"/> Hedwigshöhe <i>Terminwunsch:</i>	Höhensteig 1, 12526 Berlin Tel. 030 / 6741 - 5320 Fax 030 / 6741 - 5329
	<input type="checkbox"/> St. Hedwig <i>Terminwunsch:</i>	Große Hamburger Str. 5-11, 10115 Berlin Tel. 030 / 2311 - 2266 Fax 030 / 2311 - 2298

Patientenname, Geb.-Datum und Adresse ODER Patientenetikett	Falls Privat: <input type="checkbox"/> 1 Bett <input type="checkbox"/> 2 Bett <input type="checkbox"/> CA	Transport: <input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> sitzend
--	---	---

Diagnosen (OP-Datum)	
Bisheriger Krankheitsverlauf / besondere Anmerkungen	
Hausarzt:	Angehörige (Name/Bezug):

Körperlicher Status:	Barthel Index, wenn erfasst:		
gehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Bett/(Roll-)Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frei sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich an- und auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Informationen: bitte ankreuzen/ausfüllen

Pflegegrad	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Betreuer	Name / Telefonnummer:				
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektion	nein	MRSA	MRGN	andere:	
Wunden	nein	ja	Wundart/Lokalisation:		
Sonden/Drainagen	nein	ja	Art/Lokalisation:		
Katheter	nein	ja	Art/Lokalisation:		
Stoma / Tracheostoma	nein	ja	welches:		
Desorientiertheit	nein	ja	Zeitweise		
Teilbelastung	nein	ja	_____kg		
Anmeldende Klinik / Krankenhaus					
Ansprechpartner	Name:	Station:	Tel.:	Fax:	