

Anmeldung Akutgeriatrie zur frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung

Helios Klinikum Gifhorn / Abteilung für Akutgeriatrie

Telefon: (05371) 87-37 30 | Fax: (05371) 87-18 31

Name: _____ Datum: _____._____._____

Geburtsdatum: _____._____._____

Krankenhaus / Praxis / Stationsarzt / Telefonnummer: _____

Adresse: _____

in der verlegenden Klinik stationär seit: _____._____._____

Krankenkasse: _____

Faxnummer für die Antwort: _____

Wahlleistung: () ja () nein

1 Bett-Zimmer () 2 Bett-Zimmer () Mehrbettzimmer möglich ()

Verlegung möglich ab: _____._____._____

Relevante Diagnosen/Nebendiagnosen/Funktionsstörungen (Text!, KEINE ICD)

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnose: _____

Funktionsstörungen: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Demenz: () ja () nein

wenn ja: () leicht ausgeprägt () schwer ausgeprägt

Offene Wunden: () ja () nein

wenn ja, Lokalisation und Grad: _____

Dekubitus: () ja () nein

wenn ja, Lokalisation und Grad: _____

Isolationspflichtiger Keim: () ja () nein

wenn ja, welcher:

Pflegegrad: () 1 | () 2 | () 3 | () 4 | () 5

Gesetzliche Betreuung vorhanden: () ja () nein

Sauerstoffgabe erforderlich: () ja () nein

VAC System: () ja () nein

Hemiparese: () ja () nein

Tetraparese: () ja () nein

Spezialbett: () ja () nein

Spezialmatratze: () ja () nein

Depression: () ja () nein

Weglauftendenz: () ja () nein

Delir/ bzw. Z.n. Delir: () ja () nein

PEG: () ja () nein

Anus Praeter: () ja () nein

ZVK: () ja () nein

Port: () ja () nein

DK/SPK: () ja () nein

Kurzarztbrief beifügen

Barthel- Index (aktuell nicht älter als 24 Std. bitte beifügen)

Unterschrift Chefarzt / Oberarzt:

Übernahme möglich am: ____ . ____ . ____

Bitte um telefonische Bestätigung, ob Sie den Verlegungstermin wahrnehmen möchten.

Telefon: (05371) 87-37 30