

**Anmeldung Akutgeriatrie zur frührehabilitativen geriatrischen
Komplexbehandlung**

**Helios St. Marienberg Klinik Helmstedt / Abteilung für Akutgeriatrie
Chefarzt Herr E. Slavutsky**

Anmeldung/Belegung:

Telefon: 05351-14-1477 & (05351) 14-6150 | Fax: (05351) 14-1409

Name: _____ Datum: ____ . ____ . ____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Krankenhaus / Stationsarzt / Telefonnummer: _____

Adresse: _____

in der verlegenden Klinik stationär seit: _____

Krankenkasse + KV-Nummer:

Faxnummer für die Antwort: _____

Wahlleistung: () ja () nein

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

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

Kontaktdaten des nächsten Angehörigen:

→ Verlegung möglich ab: _____

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

Hauptdiagnose:

Nebendiagnose:

Funktionsstörungen:

-> Bei Operationen ist zu ergänzen, ob der Patient Voll-oder Teilbelastung hat!

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 ja, welcher:

Zusätzliche Angaben:

Größe & Gewicht: _____

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

Bitte zusätzlich aktuellen Barthel-Index beifügen!