

### Klinik für Geriatrie

Klinik/Station: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
 Stat. Aufnahme am: \_\_\_\_\_  
 Verlegung möglich ab: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

alternativ:

(Patientenklebchen)

Status vor Aufnahme		
<b>Hilfsmittel/Mobilität</b>	<b>Häusliche Versorgung</b>	<b>Pflegegrad</b>
gehfähig <input type="checkbox"/> nicht gehfähig <input type="checkbox"/>	selbstversorgend	keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Keine <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/>	Amb. Pflegedienst <input type="checkbox"/>	<b>Kognitive Defizite/Demenz</b>
Unterarmgehstützen <input type="checkbox"/>	Altenpflegeheim	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Patient/Anamnese	
Hauptdiagnose	
Nebenerkrankungen (insb. Dialyse, Tumorerkrankung mit laufender Therapie, Sauerstofftherapie)	
OP (welche?, Datum)	
Voll-/Teilbelastung (kg)	
Aktuelle Mobilität (Bettkante, Stand, Gang mit/ohne Hilfsmittel)	
Delir/Erregungszustände (Antipsychotika/Fixierung)	
Keime/Isolationsnotwendigkeit	
Wunden	
(wenn möglich) Barthel-Index	

Bitte stellen Sie sicher, dass der Patient mit einer Behandlungsdauer von 2 Tagen bis max. 3 Wochen einverstanden ist. Am Verlegungstag sollte die Ankunft optimal vor 10:00 Uhr erfolgen. Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular an die Faxnummer 0391 8505 9509. Nach Eingang des Anmeldebogens werden wir zeitnah telefonisch mit Ihnen Kontakt aufnehmen. Eine Terminvereinbarung ist selbstverständlich auch direkt unter der Telefonnummer 0391 8505 9501 möglich.

Dr. med. Sascha Schadwinkel  
(Chefarzt der Klinik für Geriatrie)