

Sankt Gertrauden-Krankenhaus GmbH, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin

Anmeldung zur stationären Aufnahme / Übernahme

Fax an: 030 8272-292527

**(Telefonische Rückfragen unter
030 8272-2527)**

Geriatric

Telefon: 030 8272 – 2767
Fax: 030 8272 – 29 2767
E-Mail: geriatric@sankt-gertrauden.de
Internet: www.sankt-gertrauden.de

Paretzer Str. 12
10713 Berlin

Dr. med. Christian Stofft
Chefarzt

Adressette	Versicherung: Wahleistung: CA <input type="checkbox"/> 1 BZ <input type="checkbox"/> 2 BZ <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung bei stationärem Aufenthalt nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , welche:
------------	--

Diagnosen:	

Ansprechpartner (Tel.):	Gewünschter Aufnahmeterrnin:
Einweisende Einrichtung:	Fax für Rückantwort:

ASSESSMENT

Besonderheiten:	Isolationsbedarf:	Essen:	Orientierung:
MRSA <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	unabhängig <input type="checkbox"/>	keine Einschränkung <input type="checkbox"/>
Dialysepflicht <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	braucht Hilfe <input type="checkbox"/>	zeitweise desorientiert <input type="checkbox"/>
Absaugung <input type="checkbox"/>	Weshalb?	voll hilfsbed. <input type="checkbox"/>	desorientiert <input type="checkbox"/>
O ₂ -Sonde <input type="checkbox"/>			
Monitor <input type="checkbox"/>			
Kontinenz:	Mobilität:	Körperpflege:	Geriatrische Problematik:
kontinent <input type="checkbox"/>	unabhängig <input type="checkbox"/>	unabhängig <input type="checkbox"/>	Starke Seh-/Hörbehinderung <input type="checkbox"/>
harninkontinent <input type="checkbox"/>	in Begleitung <input type="checkbox"/>	braucht Hilfe <input type="checkbox"/>	Sprachstörung <input type="checkbox"/>
stuhlinkontinent <input type="checkbox"/>	mit Hilfsmitteln <input type="checkbox"/>	voll hilfsbed. <input type="checkbox"/>	Verständigungsprobleme <input type="checkbox"/>
Dauerkatheter <input type="checkbox"/>	bettlägerig <input type="checkbox"/>		Muttersprache: <input type="checkbox"/>

Sozialdienst bereits informiert? Ja Nein

Kontaktperson Sozialdienst: _____

Bemerkungen: _____

Datum Name (Druckschrift) Unterschrift

