

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

Anmeldung zur 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	<p>Versicherung:</p> <hr/> <p>Wahleistung: CA <input type="checkbox"/> 1 BZ <input type="checkbox"/> 2 BZ <input type="checkbox"/></p> <p>Zusatzversicherung bei stationärem Aufenthalt nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , welche:</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; padding: 2px; margin-top: 5px;">Barthel-Index:</div>
------------	---

Diagnosen:	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div>
-------------------	---

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: _____

Mit freundlichen Grüßen

Datum Name (Druckschrift) Unterschrift

