

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: geriatrie@sankt-gertrauden.de
Internet: www.sankt-gertrauden.de

Paretzer Str. 12
10713 Berlin

Dr. med. Christian Stofft
Chefarzt

Adressette	Versicherung:
	Wahlleistung: 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: Barthel-Index: _____

<u>Diagnosen:</u>	

<u>Ansprechpartner (Tel.):</u>	<u>Gewünschter Aufnahmeterrnin:</u>
<u>Einweisende Einrichtung:</u>	<u>Fax für Rückantwort:</u>

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:		

Sozialdienst bereits informiert? Ja Nein

Kontaktperson Sozialdienst: _____

Bemerkungen: _____

Mit freundlichen Grüßen

Datum
Name (Druckschrift)
Unterschrift

