



Alexianer

ST. GERTRAUDEN-KRANKENHAUS

Alexianer St. Gertrauden-Krankenhaus GmbH, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin

Aufnahmeantrag Geriatrische Tagesklinik

Fax an: 030 8272-292767

Telefonische Rückfragen unter
030 8272-2738

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

Patient (Etikett): <hr/> Name, Vorname <hr/> Geburtsdatum <hr/> Telefonnummer <hr/> Anschrift <hr/> Versicherung / Versicherungsnummer	<u>Anmelder / Ansprechpartner / Station:</u> <u>Telefon- und Faxnummer:</u>
--	--

COVID-Doku: Impfstatus: 1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung: Genesen: Ungeimpft:
Diagnosen:

Patient wohnt in: Wohnung Haus Pflegeheim / Betreutes Wohnen
 anderer Wohnsituation

Aufzug vorhanden: ja nein

Stufen zu überwinden: ja nein

Transport: als Läufer mit Rollstuhl **mit Trageleistung:** ja nein Gewicht: _____

Patient lebt allein: ja nein **Pflegestufe:** ja nein Grad: _____

Patient ist selbstständig: ja nein

wird zu Hause versorgt von: Angehörigen Hauskrankenpflege Telefon: _____

Angehörige / Bezugsperson / Betreuer:
Name: _____ Kontakt: _____

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"/>						
Allergien:	<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:	

Behandlungsziele (medizinisch, therapeutisch)

Datum

Name (Druckschrift)

Unterschrift