



Alexianer

ST. GERTRAUDEN-KRANKENHAUS

Alexianer St. 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	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: <hr/>
	Barthel-Index: <hr/>

Diagnosen:	

Ansprechpartner (Tel.):	Gewünschter Aufnahmetag:
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:	

Sozialdienst bereits informiert? Ja Nein

Kontaktperson Sozialdienst: _____

Bemerkungen: _____

Mit freundlichen Grüßen

Datum
Name (Druckschrift)
Unterschrift