MARIEN KRANKENHAUS

Geriatrische Klinik
Geriatrische Tagesklinik
Physikalische Therapie
Rheumatologie
Chefarzt: Dr. med. H. Bühre

eMail seegebarth.geriatrie@marienkrankenhaus.org

PATIENTENANMELDUNG

☐ **Geriatrische Klinik und Rheumatologie**	☐ **Geriatrische Tagesklinik** ☐ **GIA** Geriatrische Institutsambulanz
Telefon Sekretariat (040) 2546 –2202/ Fax (040) 2546 -2200	**Telefon (040) 2546 –2241 / Telefax (040) 2546 -2240**

Patientendaten / Aufkleber		**Zusatzinformationen**
Name		**Isolationspflichtige Keime:** ☐ CDA ☐ Gastroenteritis ☐ MRSA ☐ VRE / 3-MRGN ☐ 4 MRGN ☐ andere:
Vorname		
Geb. Datum		
Straße		☐ motorische Beeinträchtigung: ☐ Hemiparese ☐ _____
Wohnort		
Telefon		☐ kognitive/psychische Beeinträchtigung: ☐ _____ ☐ **Delir** _____ ☐ **leicht** ☐ **schwer** ☐ **hyperaktiv** ☐ **hypoaktiv** ☐ **Demenz** _____ ☐ **leicht** ☐ **schwer**
Kontaktperson (Name/Tel)		
Wahlleistung Arzt: ☐ **Wahlleistung Zimmer:** ☐ **1-Bett** ☐ **2-Bett**		
Krankenkasse:		
Hauptdiagnose (Akut-Diagnose)		☐ Sprach- / Sprechstörung ☐ Schluckstörung ☐ Ernährungssonde ☐ PEG / PEJ ☐ besondere Kostform: _____ ☐ Tracheostoma ☐ Anus praeter ☐ Blasenkatheter ☐ Sehbehinderung ☐ Hörminderung ☐ Dekubitus (wo?)_____ ☐ Wunden / spez. Wundversorgung: _____
relevante Nebendiagnosen		
gewünschte Aufnahme ab:		☐ **Dialyse**: Tage ☐ Mo-Mi-Fr ☐ Di-Do-Sa ☐ **Vollbelastung** ☐ **Entlastung** ☐ **Teilbelastung** _____ Kilogramm ☐ **palliative Versorgung**
Absender: (Stempel) **Datum:** **Telefon:** **Name:** _____ **Unterschrift:**_____		☐ **Barthel-Index: _____ Punkte** **(erforderlich)** ☐ **besondere Medikamente:** (Name) ☐ **Antibiotika i.v.:** (Name) _____bis:_____

Rückantwort

Sehr geehrte Damen und Herren, vielen Dank für die Anmeldung!

☐ **Die Aufnahme erfolgt auf Station / Datum:** _____
Tel.-Kontaktnummer: _____

☐ **Pat. steht auf der Warteliste der Station:** _____

☐ **Leider ist keine Aufnahme möglich.**

Mit freundlichen Grüßen

_____ _____
Konsiliar Datum/ Unterschrift