

Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand

GERIATRIE ZENTRUM

Abteilung für Geriatrische Frührehabilitation mit Tagesklinik und neurologischem Schwerpunkt
Abteilung für Akutgeriatrie

Chefarzt Prof. Dr. R. Scola

Groß Sand 3 – 21107 Hamburg – Tel.: 040 / 75 205 371 – Fax: 040 / 75 205 356

Patientenanmeldung:

- | | | | | |
|--|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stationär | <input type="checkbox"/> Tagesklinik | | | |
| <input type="checkbox"/> Neurologisch | <input type="checkbox"/> Internistisch | <input type="checkbox"/> Chirurgisch/Orthopädisch | | |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Pflegeklasse | <input type="checkbox"/> AOK | <input type="checkbox"/> Ersatzkasse | <input type="checkbox"/> BKK | <input type="checkbox"/> Sozialamt |
| <input type="checkbox"/> berufstätig | <input type="checkbox"/> Rentner | <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> alleinstehend | <input type="checkbox"/> Heimbewohner |
| <input type="checkbox"/> mit Wahlleistung | <input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer | <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer | | |

Patientenname Vorname Geb.-Datum Wohnort Straße Tel.-Nr.

Hauptdiagnose (ggf. DRG):

Nebendiagnosen:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> bettlägerig | <input type="checkbox"/> rumpfinstabil | <input type="checkbox"/> gehfähig m. Hilfe | <input type="checkbox"/> alleine gehfähig |
| <input type="checkbox"/> mobil im Rollstuhl | <input type="checkbox"/> mobil am Rollator | <input type="checkbox"/> Transfer assistiv | <input type="checkbox"/> Transfer alleine |
| <input type="checkbox"/> Hilfe beim: Essen | <input type="checkbox"/> An- u. Auskleiden | <input type="checkbox"/> Toilettengang | <input type="checkbox"/> Körperpflege nötig |
| <input type="checkbox"/> Hemiparese: links | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> Monoparese | <input type="checkbox"/> Paraparese |
| <input type="checkbox"/> Tetraparese | <input type="checkbox"/> Ataxie | <input type="checkbox"/> Sehstörung | <input type="checkbox"/> Hörstörung |

Aphasie Schluckstörungen

Orientierung: vorh. vermindert keine Orientierung
 Kooperation: vorh. vermindert keine Kooperation

Demenz leicht höhergradig Vigilanzstörung Neglect
 Neuropsych. Defizite Depression

PEG ZVK Tracheostoma Dauerkatheter
 Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Dekubitus ja wo _____

bei Extremitätenverletzungen

volle Belastungsfähigkeit teilweise% keine Belastungsfähigkeit

Voraussichtliche Pflegestufe bei Verlegung: A 1 A 2 A 3

Vorbestehende Pflegestufe: A 1 A 2 A 3

Rehabilitationsziel:

Gewünschter Verlegungstermin: Frühestens: _____ Spätestens: _____	Anmeldung Arzt Anmeldedatum: _____	Telefondurchwahl der Station:
--	---	--------------------------------------

Bitte um Zusendung neuer Formulare