Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand

G E R I A T R I E Z E N T R U M

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

Chefarzt Prof. Dr. R. Scola
Groß Sand 3 – 21107 Hamburg – Tel.: 040 / 75 205 101 – Fax: 040 / 75 205 115

Vorläufiger Entlassungstermin am _____

Anmeldung für die Tagesklinik zum _____

Abholbezirke: 21129; 21147; 21149; 21079; 21075; 21077; 21073; 21107; 21109; 20539

Bitte unbedingt an die Einweisung des Hausarztes denken !!

☐Neurologisch ☐Internistisch ☐Chirurgisch/Orthopädisch ☐mit Wahlleistung
☐berufstätig ☐Rentner ☐verheiratet ☐alleinstehend ☐Heimbewohner

Patientenname Vorname Geb.-Datum

Wohnort Straße Tel.-Nummer

Entlassungstermin vom Krhs. / Station : _____ Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____ **Nächste/r Angehörige/r:** _____

Behandlungsdiagnose (ggf. mit Datum des Akutereignisses) **wichtige Nebendiagnosen:**

☐rumpfinstabil ☐gehfähig mit Hilfe ☐alleine gehfähig ☐mobil im Rollstuhl ☐mobil am Rollator
☐**Transfer** assistiv ☐Transfer alleine ☐Hilfe beim: Essen ☐An- u. Auskleiden ☐Toilettengang nötig
☐**Hemiparese** links ☐rechts ☐Monoparese ☐Paraparese ☐Tetraparese
☐Ataxie ☐Sehstörung ☐Hörstörung ☐Aphasie ☐Schluckstörungen
☐**Orientierung** vorh. ☐vermindert ☐keine Orientierung ☐Kostform .....
☐**Kooperation** vorh. ☐vermindert ☐keine Kooperation ☐Demenz leicht ☐höhergradig
☐Neglect ☐Neuropsych.Def. ☐Depression
☐PEG ☐Tracheostoma ☐Dauerkatheter ☐Harninkontinenz ☐Stuhlinkontinenz
Extremitätenverletzungen: ☐volle Belastungsfähigkeit ☐teilweise .....% ☐keine
Dekubitus ja☐ wo _____ Vorbestehende Pflegestufe ☐**A 1** ☐**A 2** ☐**A 3**

==========

Für den Busfahrer

Name, Vorname **Geb.Datum** **Telefon**

Wohnort **Straße** **Hausnummer** **Stockwerk**

Gehhilfen ☐**ja** ☐**nein** **Rollstuhlfahrer** ☐ **ja** ☐**nein** **Rollator** ☐**ja** ☐**nein**
Hilfe beim Treppensteigen ☐**ja** ☐**nein** **Kann sich der Patient in den Bus umsetzen** ☐**ja** ☐**nein**
Ambulanter Pflegedienst _____ **Telefonnr.:** _____