

**Anmeldung auf teilstationäre
geriatrische Behandlung
per Fax an 030 81008-144**

Chefärztin Dr. med. Marion Hanke

**Abteilung für Akutgeriatrie und
Geriatrische Tagesklinik**

Evangelisches Krankenhaus Hubertus
Spanische Allee 10-14, 14129 Berlin

**Telefon 030 81008-303
Fax 030 81008-144**

Patientenetikett oder:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Station: _____

Telefon: _____

OP-Tag: _____

geplante Entlassung:

Wohnanschrift:

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ **Telefon:** _____

eigene Wohnung Pflegeeinrichtung

Kostenträger/Krankenkasse: _____ **Versicherten - Nr.:** _____

Behandelnder Arzt/Hausarzt: _____ **Telefon:** _____

Angehörige/Betreuer: _____

(Adresse, Telefon)

**Rehabilitations-
relevante Diagnosen:** _____

Kurzepikrise: _____

Rehabilitationsziel: _____

Motivation zur Rehabilitation: motiviert mäßig nicht

voraussichtliche Behandlungsdauer: _____

Sozialer Status: allein lebend lebt mit: _____

Kann der Patient ohne Hilfe in seine Wohnung gelangen? nein ja

Fahrstuhl: ja nein **Stufen zu bewältigen:** _____ **Stockwerk oder Etage:** _____

Ist neben der Tagesklinik häusliche Betreuung durch Sozialstation erforderlich? ja nein

Name: _____ wie oft: _____

Pflegegrad: _____ beantragt: _____

Ist ein gesonderter Transport erforderlich?

Mietwagen Tragestuhl Treppenhilfe nötig Rollstuhl

Motorische Funktionen:

	selbstständig	mit Hilfe	unselbstständig
laufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frei sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Beeinträchtigungen:

Blaseninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lokalisation: _____
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chronische Wunde/Ulcus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lokalisation: _____
Darminkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anus praeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pflegebedarf	<input type="checkbox"/>	gering	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	hoch
internistische Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	mäßig	<input type="checkbox"/>	kaum
Frakturbelastbarkeit	<input type="checkbox"/>	voll	Teilbelastung _____ kg <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links			
chirurgische Mitbehandlung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		

Neurologie / Psychiatrie:

<input type="checkbox"/> M. Parkinson	<input type="checkbox"/> Apraxie/Ataxie	<input type="checkbox"/> Neglect/Pusher:	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Hemiparese:	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
<input type="checkbox"/> Sprachstörung	<input type="checkbox"/> Depression			

Hilfsmittel: _____

Bitte fügen Sie bei Verlegung die für die Rehabilitation wesentlichen Epikrisen und Befunde sowie Röntgenbilder und CT-Bilder bei.

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift

Bemerkungen/Ergänzungen: _____