

**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  
tagesklinik.hubertus@jsd.de

**Bei Ausfüllen im PDF bitte erst speichern, dann ausfüllen!**  
Bei handschriftlichem Ausfüllen bitte Druckschrift verwenden!  
Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Belegungsmanagement.

**Kontaktdaten  
einweisende\*r Ärzt\*in**

Patientenetikett oder:
Name
Vorname
Geburtsdatum

**Station:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

**OP-Tag:** \_\_\_\_\_

**geplante Entlassung:**  
\_\_\_\_\_

**Wohnanschrift**

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

eigene Wohnung      Pflegeeinrichtung

**Kostenträger/Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Versicherten-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Covid-19-Infektion:** ja (aktuell)      ja (Zustand nach SARS-Cov2-Infektion)      nein

**PCR-Test am \_\_\_\_\_:** positiv (CT-Wert \_\_\_\_\_)      negativ

**Sars-CoV2-Impfung:** ja, 1. Impfung am \_\_\_\_\_ 2. Impfung am \_\_\_\_\_      nein

**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?** ja      nein

**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

Treppen steigen

Transfer

frei sitzen

sich ankleiden

sich waschen

**Sonstige Beeinträchtigungen:**

nein ja nein ja

Blaseninkontinenz Dekubitus Lokalisation: \_\_\_\_\_

Dauerkatheter chronische Wunde/Ulcus Lokalisation: \_\_\_\_\_

Darminkontinenz Anus praeter

Pflegebedarf gering mittel hoch

internistische Belastbarkeit gut mäßig kaum

Frakturbelastbarkeit voll Teilbelastung \_\_\_\_\_ kg rechts links

chirurgische Mitbehandlung ja nein

**Neurologie / Psychiatrie:**

M. Parkinson Apraxie/Ataxie Neglect/Pusher: rechts links

Schluckstörung Demenz Hemiparese: rechts links

Sprachstörung 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:** \_\_\_\_\_