



Anmeldung zur vollstationären geriatrischen Frührehabilitation/Akutgeriatrie

Patientenname, Geb. Datum, Adresse oder Patientenetikett	Anmeldung für Akutgeriatrie in Nauen Tel.: 03321 42 1940 Fax: 03321 42 151035 E-Mail: Z-Sekretariat-KONSERVATIV-NAU@havelland-kliniken.de Anmeldung für Akutgeriatrie in Rathenow Tel.: 03385 555-3124/ -3125 Fax: 03385 555-3135 E-Mail: R_GE1@havelland-kliniken.de
Anmeldende Klinik/Praxis Ansprechpartner Telefon Wunschtermin für Aufnahme/Verlegung	Kostenträger/Wahlleistung <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung/Wahlleistung <input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Chefärztliche Behandlung Angehörige/Bekannte/Betreuer <input type="checkbox"/> Name <input type="checkbox"/> Telefon
Hauptdiagnose/aktuelle Beschwerden	Relevante Nebendiagnosen: _____ _____ Behandlungs-Rehabilitationsziele: _____ _____
Soziale Situation bisher Wohnsituation Pflegegrad Bisherige Mobilität/Versorgung Hilfsmittel	Akt.Zustand/Mobilität/Pflegebedarf Barthel-Index _____ / 100Pkt Mobilität Mobilität: <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Transfer Bei Fraktur: <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung mit _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Entlastung bis _____ Kognitive Einschränkung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer Isolation bei _____ Offene Wunden <input type="checkbox"/> Sauerstoffbedarf: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ZVK <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Antibiotika/Chemotherapeutika/Immunsuppressiva: _____ Dialyse <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> _____ Kg Besondere Hygienemaßnahmen: