

Evangelisches Krankenhaus Hagen-Haspe · Brusebrinkstraße 20 · 58135 Hagen

Klinik für Geriatrie

Chefärztin Frau Dr. Ruth Ullrich

Sekretariat
Frau Jessica Meier

Telefon: 02331 476 3250
Fax: 02331 476 3251
Email: Geriatrie@evk-haspe.de

ANMELDEBOGEN

GERIATRISCHE FRÜHREHABILITATION

Angaben zum Patienten:

Name: _____

Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße: _____

PLZ & Wohnort: _____ Tel. Nr.: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Angehörige: _____ Tel. Nr. _____

Gesetzl. Betreuung: _____ Tel. Nr. _____

Bestehender Pflegegrad: Ja: Nein: Wenn ja, Grad: _____

Diagnosen: _____

Aktuell stationär seit: _____ OP? _____

OP-Datum? _____ Vollbelastung?

Drainagen: Stoma: O2 - Pflichtig:

Isolierungspflichtige Infektionen? Ja: Nein:

Wenn ja, welche: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Dekubitus? Ja: Nein: wenn ja, Grad & Lokalisation: _____

Wunden: Ja: Nein: wenn ja, Lokalisation: _____

ANMELDEBOGEN

GERIATRISCHE FRÜHREHABILITATION

Aktuelle Verfassung:

orientiert: desorientiert: delirant: Hinlauftendenzen:

Nächtliche Unruhe: Ein-/Durchschlafprobleme: Demenz:

Suchtproblematik: wenn ja, welche: _____

Mobilität: _____

Bisherige Lebenssituation:

Selbstständig zuhause: zuhause mit Pflegedienst: Pflegeheim:

Hilfsmittel:

Rollator: Rollstuhl: Gehstützen: Gehstock:

Ziel nach abgeschlossener geriatrischer Komplexbehandlung:

Selbstständig zu Hause: zuhause mit Pflegedienst: Pflegeheim:

Barthel Index /Punkte: _____

Geriatric Aufenthalt in den letzten 6 Monaten? Ja Nein

Wenn ja, Wo? _____

Potenzielles Übernahme-Datum: _____

Einverständnis des Patienten liegt vor? Ja

Behandelnder Arzt / Ansprechpartner:

Leserlich in Druckbuchstaben: _____

Tel. Nr. _____

Datum: _____

Unterschrift: _____