

# Anmeldung zur vollstationären geriatrischen Frührehabilitation/Akutgeriatrie

Chefarzt Dr. Rainer Koch



<b>WICHTIG:</b> Gewünschten Standort ankreuzen (entsprechend Faxen)	<input type="checkbox"/> Hedwigshöhe <b>Terminwunsch:</b>	Höhensteig 1, 12526 Berlin Tel. 030 / 6741 - 5320 <b>Fax 030 / 6741 - 5329</b>
	<input type="checkbox"/> St. Hedwig <b>Terminwunsch:</b>	Große Hamburger Str. 5-11, 10115 Berlin Tel. 030 / 2311 - 2266 <b>Fax 030 / 2311 - 2298</b>

Patientenname, Geb.-Datum und Adresse <b>ODER</b> Patientenetikett	<b>Falls Privat:</b>	<b>Transport:</b>	<b>Betreuer:</b>
	<input type="checkbox"/> 1 Bett <input type="checkbox"/> 2 Bett <input type="checkbox"/> CA	<input type="checkbox"/> liegend <input type="checkbox"/> sitzend	
neurologische Frühreha geplant: <input type="checkbox"/> ja			

<b>Diagnosen (OP-Datum)</b>
<b>Bisheriger Krankheitsverlauf / besondere Anmerkungen</b>
<b>Hausarzt:</b>
<b>Angehörige (Name/Bezug):</b>

<b>Körperlicher Status:</b>	<b>Barthel Index, wenn erfasst:</b>		
gehen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Bett/(Roll-)Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frei sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich an- und auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Weitere Informationen: bitte ankreuzen/ausfüllen**

Pflegestufe	nein	1	2	3	Pflegegrad	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
<b>Infektion</b>	nein	MRSA			MRGN	andere:				
<b>Wunden</b>	nein	ja			Wundart/Lokalisation:					
<b>Sonden/Drainagen</b>	nein	ja			Art/Lokalisation:					
<b>Katheter</b>	nein	ja			Art/Lokalisation:					
<b>Stoma / Tracheostoma</b>	nein	ja			welches:					
<b>hochaufwendige Pflege</b>	nein	ja			bei PKMS Grund/Maßnahme:					
<b>Desorientiertheit</b>	nein	ja			Zeitweise					
<b>Teilbelastung</b>	nein	ja			_____kg					

Anmeldende Klinik / Krankenhaus				
Ansprechpartner	Name:	Station:	Tel.:	Fax: