



Tagesklinik Geriatrie

Anmeldung teilstationäre Komplexbehandlung

Höhensteig 1, 12526 Berlin

Bereich:

Klinik für Innere Medizin und Geriatrie
-Schwerpunkt Geriatrie-
CA Dr. med. R. Koch

Belegungsmanagement TK 46

TEL: (030) 6741 - 5900

FAX: (030) 6741 - 5909

Patientenetikett
(oder Name, Geb.Dat,
Adresse,
Telefonnummer)

**Einweisung sowie
Arztbriefe/Diagnosen/Vorbefunde
bitte mitfaxen! Danke**

Tel./Erreichbarkeit des Patienten:

Diagnosen (OP-Datum)

Bisheriger Krankheitsverlauf / besondere Anmerkungen

Grund der weiteren Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit

Frührehabilitationsziel / Entlassziel: (bitte ankreuzen)

Rückkehr in die eigene
Wohnung

Wohnen bei Angehörigen

Pflegewohnheim

sonstiges:

Hausarzt:		Angehörige (Name/Bezug):		
Betreuer (Name/Bereich):		Gewünschter Verlegungstermin:		
Barthel-Index	15 P.	10 P.	5 P.	0 P.
Essen/Trinken	/	Selbst.	mit Unterstützung	hilfebedürftig
Bett/Rollstuhl-Transfer	Selbst.	geringe Unterst.	erhebl. Unterst.	hilfebedürftig
Waschen	/	/	Selbst.	hilfebedürftig
Toilettenbenutzung	/	Selbst.	mit Unterstützung	hilfebedürftig
Baden	/	/	Selbst.	hilfebedürftig
Gehen bzw. Rollstuhlfahren	Selbst. (50 m)	mit Hilfe (50 m)	Selbst. mit Rollstuhl	hilfebedürftig
Treppensteigen	/	Selbst.	mit Unterstützung	hilfebedürftig
An-/Auskleiden	/	Selbst.	mit Unterstützung	hilfebedürftig
Darmkontrolle	/	Kontinent	gelegentl. inkont.	perman. inkontinent
Blasenkontrolle	/	Kontinent	gelegentl. inkont.	perman. inkontinent
Summe der Spalten				
Gesamtpkt. Barthel-Index:				

Weitere Informationen: bitte ankreuzen/ausfüllen

Pflegegrad	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5	Kein PG	
Infektion	nein		MRSA		MRGN		andere:
Wunden	nein		ja		Wundart/Lokalisation:		
Sonden/Drainagen	nein		ja		Art/Lokalisation:		
Katheter	nein		ja		Art/Lokalisation:		
Tracheostoma	nein		ja				
Stoma	nein		ja		welches:		
hochaufw. Pflege	nein		ja		bei PKMS Grund/Maßnahme:		
Desorientiertheit	nein		ja		zeitweise		
Sauerstoffgabe	nein		ja				
Anmeldendes Krankenhaus/ Klinik/Arzt	Datum der Anmeldung:						
Ansprechpartner	Name:		Station:		Tel.:		Fax:

Evaluation KHH:

Anmeldung	1 vollständig	2 unvollständig	3 zutreffend	
Pflegeüberleitung	1 vollständig	2 unvollständig	3 zutreffend	4 fehlt