

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. Datum,
Adresse,
Telefonnummer)

Covid 19 Status

Impfschutz vorhanden? Ja Nein
Bereits erkrankt? Ja Nein

Einweisung sowie Arztbriefe

/Diagnosen/Vorbefunde bitte mitfaxen!

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:

<u>Barthel-Index</u>	<u>15 P.</u>	<u>10 P.</u>	<u>5 P.</u>	<u>0 P.</u>
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

Pflegestufe	nein	1	2	3	Pflegegrad	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Infektion	nein				MRSA			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	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