

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

Patientenname, Geb.-Datum und Adresse ODER Patientenetikett	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Falls Privat:</td> <td style="width: 50%;">Transport:</td> </tr> <tr> <td>☐ 1 Bett</td> <td>☐ liegend</td> </tr> <tr> <td>☐ 2 Bett</td> <td>☐ sitzend</td> </tr> <tr> <td>☐ CA</td> <td></td> </tr> </table>	Falls Privat:	Transport:	☐ 1 Bett	☐ liegend	☐ 2 Bett	☐ sitzend	☐ CA	
Falls Privat:	Transport:								
☐ 1 Bett	☐ liegend								
☐ 2 Bett	☐ sitzend								
☐ CA									

Diagnosen (OP-Datum)

Bisheriger Krankheitsverlauf / besondere Anmerkungen
--

Hausarzt:	Angehörige (Name/Bezug):
-----------	-----------------------------

Hausarzt:	Angehörige (Name/Bezug):
-----------	-----------------------------

Körperlicher Status: gehen Treppensteigen Transfer Bett/(Roll-)Stuhl frei sitzen sich waschen sich an- und auskleiden essen Barthel Index, wenn erfasst: <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>☐ selbstständig</td> <td>☐ mit Hilfe</td> <td>☐ nicht möglich</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ nicht möglich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ selbstständig	☐ mit Hilfe	☐ nicht möglich																			
☐	☐	☐																			
☐	☐	☐																			
☐	☐	☐																			
☐	☐	☐																			
☐	☐	☐																			
☐	☐	☐																			

Weitere Informationen: bitte ankreuzen/ausfüllen

Pflegegrad	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Betreuer	Name / Telefonnummer:				
Vorsorgevollmacht	☐ ja ☐ nein		Patientenverfügung		☐ ja ☐ nein
Infektion	nein	MRSA	MRGN	andere:	
Wunden	nein	ja	Wundart/Lokalisation:		
Sonden/Drainagen	nein	ja	Art/Lokalisation:		
Katheter	nein	ja	Art/Lokalisation:		
Stoma / Tracheostoma	nein	ja	welches:		
Desorientiertheit	nein	ja	Zeitweise		
Teilbelastung	nein	ja	_____kg		
Anmeldende Klinik / Krankenhaus					
Ansprechpartner	Name:	Station:	Tel.:	Fax:	