

Patientenname, Geb.-Datum und Adresse ODER Patientenetikett

**Einweisung (VO Muster 2)
 sowie Epikrise/ Diagnosen/
 Vorbefunde bitte mitfaxen!**

Telefonnummer Patient/in:

**Klinik für Innere Medizin
 Schwerpunkt Geriatrie
 Tagesklinik St. Elisabeth**

Große Hamburger Str. 5-11
 10115 Berlin

Belegmanagement TK 48

Tel.: 030 / 2311 33 200

Tagesklinik-geriatrie-shk@alexianer.de

Fax: 030 / 2311 33 219

Gewünschter Verlegungs-/Aufnahmeterrmin:

Diagnosen (OP-Datum)
Bisheriger Krankheitsverlauf / besondere Anmerkungen
Frührehabilitationsziel / Entlassziel bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> Rückkehr in die eigene Wohnung <input type="checkbox"/> Wohnen bei Angehörigen <input type="checkbox"/> Pflegewohnheim <input type="checkbox"/> Sonstiges:

Körperlicher Status:		Barthel Index, wenn erfasst: _____ /100 Punkten	
Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> nicht möglich
Toilettengänge	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Stoma- <input type="checkbox"/> DK- Versorgung
Infektionen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche:
Wunden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wo:
Teilbelastung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wieviel:
Rollstuhl abhängig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Desorientiertheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> zeitweise

Weitere Informationen: bitte ankreuzen / ausfüllen

Pflegegrad	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Krankenkasse					
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hausarzt/-ärztin				Telefon/Adresse	
Angehörige				Telefon	
Betreuer/in				Telefon	
Anmeldende Stelle				Datum der Anmeldung	
Ansprechpartner/in	Name/Station:			Tel.:	Fax: