

GERIATRIE ZENTRUM

Abteilung für Geriatrische Frührehabilitation
 mit Tagesklinik und neurologischem Schwerpunkt
 Abteilung für Akutgeriatrie

Wilhelmsburger Krankenhaus
 Groß-Sand

Geriatrizentrum
 Chefarzte Dr. G. Schiffner &
 Dr. A. Wefel

Groß-Sand 3
 21107 Hamburg

Tel.: +49 (0)40 75 205 -140
 Fax: +49 (0)40 75 205 -717

tagesklinik@gross-sand.de
 www.gross-sand.de

(Name und Telefonnummer einweisender Arzt für Rückfragen)

Anmeldung Tagesklinik

Patientendaten (ggf. großer Aufkleber)
Name, Vorname
Geburtsdatum
Straße
Ort
Telefonnummer Patient:

Anmeldung zum _____

Wichtig - Bitte denken Sie an:

- Krankenhaus-Einweisung (nicht Überweisung)
- Medikamentenplan
- die Arztberichte**
- die Versicherungskarte

Einzugsgebiet ist die Elbinsel Wilhelmsburg und das

Süderelbegebiet (PLZ: 21129; 21147; 21149; 21079; 21075; 21077; 21073; 21107; 21109). In Absprache sind natürlich auch Ausnahmen möglich.

multiresistente Keime _____ Heimbewohner

Hausarzt _____ Telefon _____

Krankenkasse _____ Angehörige/r _____ Telefon _____

Ambulanter Pflegedienst: _____ Telefon _____

Behandlungsdiagnose (ggf. mit Datum des Akutereignisses) und wichtige Nebendiagnosen:

Patient ist informiert und wird vor der Haustür abgeholt ja

Patient kann sich alleine in den Bus setzen ja Nein

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> rumpfinstabil | <input type="checkbox"/> gehfähig mit Hilfe | <input type="checkbox"/> alleine gehfähig |
| <input type="checkbox"/> Transfer assistiv | <input type="checkbox"/> Transfer alleine | <input type="checkbox"/> Hilfe beim: Essen |
| <input type="checkbox"/> Hemiparese | <input type="checkbox"/> Sonstige Paresen | <input type="checkbox"/> Aphasie |

Gehhilfen ja nein

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> mobil im Rollstuhl | <input type="checkbox"/> mobil am Rollator |
| <input type="checkbox"/> An- u. Auskleiden | <input type="checkbox"/> Toilettengang nötig |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörungen | |

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Orientierung vorh. | <input type="checkbox"/> verminderte Orient. | <input type="checkbox"/> keine Orient. |
| <input type="checkbox"/> Kooperation vorh. | <input type="checkbox"/> verminderte Kooper. | <input type="checkbox"/> leichtgr. Demenz |

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Isolation (MRSA/ESBL/Clostr. Etc) | |
| <input type="checkbox"/> mittelgr. Demenz | <input type="checkbox"/> höhergr. Demenz |

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Neuropsych. Def. | <input type="checkbox"/> Depression | |
| <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz |
|--|---|

Extremitätenverletzungen: volle Belastungsfähigkeit

teilweise _____% keine

Dekubitus: ja, wo : _____

Vorbestehende Pflegestufe 1 2 3

Unser Anmeldeformular und die Anmeldung für unsere Geriatrische und Neurologische Frührehabilitation finden Sie unter:

<http://www.krankenhaus-gross-sand.de/servicecenter/download-center.html>