

ZENTRUM FÜR GERIATRIE UND FRÜHREHABILITATION

Geriatrische Tagesklinik mit neurologischem Schwerpunkt

Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand

Zentrum für Geriatrie und Frührehabilitation
 Chefärzte 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 (wichtig!):

Anmeldung zum _____

Wichtig - Bitte denken Sie an:

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

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 **Barthel Index**

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

Gehhilfen ja nein

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> rumpfinstabil | <input type="checkbox"/> gehfähig mit Hilfe | <input type="checkbox"/> alleine gehfähig | <input type="checkbox"/> mobil im Rollstuhl | <input type="checkbox"/> mobil am Rollator |
| <input type="checkbox"/> Transfer assistiv | <input type="checkbox"/> Transfer alleine | <input type="checkbox"/> Hilfe beim: Essen | <input type="checkbox"/> An- u. Auskleiden | <input type="checkbox"/> Toilettengang nötig |
| <input type="checkbox"/> Hemiparese | <input type="checkbox"/> Sonstige Paresen | <input type="checkbox"/> Aphasie | <input type="checkbox"/> Schluckstörungen | |

- | | | | | |
|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Orientierung vorh. | <input type="checkbox"/> verminderte Orient. | <input type="checkbox"/> keine Orient. | <input type="checkbox"/> Isolation (MRSA/ESBL/Clostr. Etc) | |
| <input type="checkbox"/> Kooperation vorh. | <input type="checkbox"/> verminderte Kooper. | <input type="checkbox"/> leichtgr. Demenz | <input type="checkbox"/> mittelgr. Demenz | <input type="checkbox"/> höhergr. Demenz |

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

Extremitätenverletzungen: volle Belastungsfähigkeit teilweise _____% keine

Dekubitus: ja, wo : _____ Vorbestehender Pflegegrad 1 2 3

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

<https://www.gross-sand.de/images/seiteninhalte/DOWNLOADS/Anmeldung%20Geriatrizentrum-Tagesklinik.pdf>

Das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand setzt das Einverständnis der Patienten zur Übermittlung der Daten freundlich voraus.