

Dieses Formular dient **ausschließlich** der **Anmeldung** von Patienten **durch Fachpersonal***
(* Haus- und Fachärzte, Klinische Einrichtungen etc.).

Patientenetikett	
Name	
Vorname	Geb.-Datum
Wohnort	
Krankenkasse	

Fachabteilung Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie in Hennigsdorf

Chefarzt Dr. med. Andreas Schwitzke

Direktanmeldung, Sekretariat: **Telefax: 03302 – 545 4289**

Nachfragen, Patientenkoordinator: **Tel.: 03302 – 545 4224**

Gewünschter Aufnahmeterrmin: _____

Hauptdiagnose/aktuelle Beschwerden: _____

Relevante Nebendiagnosen:

Behandlungsziel: _____

Isolationsbedarf: ja nein durch: MRSA, MRGN, Covid19, andere*
*zutreffendes unterstreichen

Aktuelle geriatrische Problematik:

≥ 5 Medikamente ja nein
Hilfebedarf ADL Bereich keiner wenig viel
Kognitive Defizite ja nein
Aktuelle Mobilität selbstständig eingeschränkt Hilfsmittel, welche?

Soziale Situation:

Pflegegrad ja nein welcher _____
Wohnsituation eigene Wohnung Betreutes Wohnen Heim Betr. Sozialstation

Ansprechpartner / Betreuer: _____/_____

Tel. Nr. für Rückfragen: _____

Datum: _____

Es handelt sich bei der Behandlung in der Geriatrie nicht um eine reine Rehabilitation, sondern um eine Akut Krankenhausbehandlung mit frührehabilitativen Maßnahmen

STEMPEL /Unterschrift
(Klinische Einrichtungen,
Haus-oder Facharzt)