

Geriatrie-Zentrum Haus Berge

-Patient:innenanmeldung-

Fax: 0201 63111 6189 (jederzeit möglich)
Fon: 0201 63111 85942 (montags bis freitags von 10:00 Uhr bis 13:00 Uhr)

Anfragende Klinik Philippusstift, Station: _____

Sonstige Einrichtung: _____

Ansprechpartner:in ärztlicher Dienst: _____ Telefon: _____

Ansprechpartner:in Sozialdienst: _____ Telefon: _____

Fachrichtung: _____ gewünschte Übernahme: _____

Patient:in

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Fallnummer: _____ Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnosen:

☐ Wahlleistung ☐ Barthel- Index _____ ☐ Pflegegrad _____

Versorgung:

☐ lebt alleine ☐ (Ehe)Partner:in ☐ mit Pflegedienst ☐ in Altenpflegeeinrichtung

☐ Heimversorgung / KZP geplant ☐ Angehörige:

Funktioneller Status:

☐ Kognitive Einschränkungen: _____

☐ Weg -/ Hinlauff Tendenz ☐ Alkohol ☐ Aggressionen: ☐ verbal ☐ körperlich

☐ Rollator ☐ Gehstützen ☐ Rollstuhl ☐ sonstiges ☐ personelle Hilfe ☐ immobil

Nach Trauma/ Fraktur : belastungsstabil?

☐ Belastungsstabil ☐ Teilbelastung ☐ Keine Belastung voraussichtlich bis: _____

Infektions-Status:

☐ Patient:in ist infektiös; Erreger: _____

Übernahme Patient:in erfolgt am: _____