

Geriatrizentrum Haus Berge

-Patient:innenanmeldung-

Fax: 0201 897 6189 (jederzeit möglich)
Fon: 0201 897 85942 (montags bis freitags von 10.00 h bis 13.00 h)

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 -/ Hinlauftendenz 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: _____