

per Fax an (030) 450 578 935

Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH, Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin – Aufnahme Haus 9
Tel.: (030) 4594 – 1957/ -2054/ -2117 oder 450 578 325 | E-Mail: koordination@egzb.de | Fax: (030) 450 578 935

stationär seit: _____ gewünschter Verlegungstermin: _____

<<< BITTE MEDIKATIONSLISTE MITFAXEN >>>

Herr Frau

Name, Vorname _____

Geboren am: _____

Krankenkasse: _____

Betreuung: ja nein

Patientenverfügung ja nein

Zusatzversicherung: ja nein

CA-Leistung 1B-Zimmer 2B-Zimmer

Isolation: ja nein

MRSA VRE/3MRGN/4MRGN

Clostridien Norovirus

Sonstige Infektionen: _____

Besonderheiten: ja nein

O2-Pflicht Dysphagie

Tracheostoma Enterostoma Urostoma

PEG/Sondennahrung Perfusor

weitere: _____

Sonstige: ja nein

Chemotherapie/Radiatio geplant

Planungs-CT vorgesehen?

spezielle Medikation: _____
(z.B. hochpreisig, Langzeit-Antibiose)

Verhaltensauffällig: ja nein

Sitzwache/Hinlaftendenz

Delir Demenz

Angehörige/r Bekannte/r Betreuer/in

Name: _____ Telefon: _____

Hauptdiagnose / OP: _____

Nebendiagnose & Sonstiges: _____

Dialysetermine vereinbart? ja nein

Dialysezentrum: _____ Dialysetage: Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa.

Aktuelle Mobilität:

mobil ohne Hilfsmittel mobil mit Hilfsmittel in den Stuhl mobilisierbar bettlägerig

Anmeldende Stelle (falls Reha nach § 111 SGB V parallel beantragt, bitte kurze Info an uns & stornieren bei Übernahme ins EGZB)

Verlegendes Krhs.: _____

Station: _____

Ansprechpartner.: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Übernahmebestätigung: wird vom EGZB ausgefüllt und als Bestätigung zurückgefaxt

Aufnahmeterrmin: _____

Uhrzeit: _____

Termin bestätigt (Unterschrift) _____

<<< BITTE MEDIKATIONSLISTE MITFAXEN >>>