

Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin

Tel.: 030 4594-1404 Fax: 030 4594-1405 Mail: tagesklinik.egzb@jsd.de

Gewünschter Aufnahmetag:

KÜ beantragt bis:

Patient:

Geburtsdatum:
Anschrift:

Telefonnummer:
Krankenkasse:
Versicherungsnummer:

**Stempel
Anmelder/Ansprechpartner/Station:**

Telefon:

Wohnung EFH PWH Pflege-WG Etage:

Andere Wohnsituation Isolationspflichtig: nein ja

Mit Aufzug ohne Aufzug Wenn Aufzug vorhanden: Stufen vor/nach Aufzug: nein ja

Mietwagentransport möglich als: Rollstuhlfahrer Läufer (mit Hilfsmittel)

Transport mit Trageleistung auf Treppe: ja nein Gewicht:

Pflegegrad: Patient lebt allein Patient lebt nicht allein

Patient wird zu Hause versorgt von: Angehörigen Hauskrankenpflege
Telefon HKP:

Angehörige/Bezugspersonen/Betreuer

Name: Status: Telefon:

Anmeldegrund/Akutereignis (Datum) + Behandlungsrelevante Nebenerkrankungen / Geriatrische Syndrome:

Aktueller funktioneller Status:

<u>Mobilität (sst?, mit Hilfe? nicht möglich?):</u>	<u>ADL (sst?, mit Hilfe? nicht möglich?):</u>
Transfer Bett-(Roll-)Stuhl:	Waschen:
Gehen (+Gehstrecke):	Ankleiden:
Treppensteigen (wieviel Stufen/Etagen):	Essen:
Hilfsmittel:	Toilettengang:
Teilbelastung: nein/ja, welche:	

Kognition (Auffälligkeiten? Demenz?):
Emotion (Auffälligkeiten? Depression?):

Behandlungsziele (medizinisch, therapeutisch):

Datum:..... Unterschrift:.....