

**Anmeldung auf teilstationäre
geriatrische Behandlung
per Fax an 030 81008-144**

Chefärztin Dr. med. Uta Köpstein

**Abteilung für Akutgeriatrie und
Geriatrische Tagesklinik**

Evangelisches Krankenhaus Hubertus
Spanische Allee 10-14, 14129 Berlin

Telefon 030 81008-303
tagesklinik.hubertus@jsd.de

Bei Ausfüllen im PDF bitte erst speichern, dann ausfüllen!
Bei handschriftlichem Ausfüllen bitte Druckschrift verwenden!
Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Belegungsmanagement.

**Kontaktdaten
einweisende*r Ärzt*in**

Patientenetikett oder:
Name
Vorname
Geburtsdatum

Station: _____

Telefon: _____

Fax: _____

OP-Tag: _____

geplante Entlassung:

Wohnanschrift

Straße: _____

PLZ: _____ **Ort:** _____ **Telefon:** _____

eigene Wohnung Pflegeeinrichtung

Kostenträger/Krankenkasse: _____ **Versicherten-Nr.:** _____

Covid-19-Infektion: ja (aktuell) ja (Zustand nach SARS-Cov2-Infektion) nein

PCR-Test am _____ : positiv (CT-Wert _____) negativ

Sars-CoV2-Impfung: ja, 1. Impfung am _____ 2. Impfung am _____ nein

Behandelnder Arzt/Hausarzt: _____ **Telefon:** _____

Angehörige/Betreuer: _____
(Adresse, Telefon)

**Rehabilitations-
relevante Diagnosen:** _____

Kurzepikrise: _____

Rehabilitationsziel: _____

Motivation zur Rehabilitation: motiviert mäßig nicht

voraussichtliche Behandlungsdauer: _____

Sozialer Status: allein lebend lebt mit: _____

Kann der Patient ohne Hilfe in seine Wohnung gelangen? ja nein

Fahrstuhl: ja nein **Stufen zu bewältigen:** _____ **Stockwerk oder Etage:** _____

Ist neben der Tagesklinik häusliche Betreuung durch Sozialstation erforderlich? ja nein

Name: _____ wie oft: _____

Pflegegrad: _____ beantragt: _____

Ist ein gesonderter Transport erforderlich?

Mietwagen Tragestuhl Treppenhilfe nötig Rollstuhl

Motorische Funktionen: selbstständig mit Hilfe unselbstständig

laufen

Treppen steigen

Transfer

frei sitzen

sich ankleiden

sich waschen

Sonstige Beeinträchtigungen:

nein ja nein ja

Blaseninkontinenz Dekubitus Lokalisation: _____

Dauerkatheter chronische Wunde/Ulcus Lokalisation: _____

Darminkontinenz Anus praeter

Pflegebedarf gering mittel hoch

internistische Belastbarkeit gut mäßig kaum

Frakturbelastbarkeit voll Teilbelastung _____ kg rechts links

chirurgische Mitbehandlung ja nein

Neurologie / Psychiatrie:

M. Parkinson Apraxie/Ataxie Neglect/Pusher: rechts links

Schluckstörung Demenz Hemiparese: rechts links

Sprachstörung Depression

Hilfsmittel: _____

Bitte fügen Sie bei Verlegung die für die Rehabilitation wesentlichen Epikrisen und Befunde sowie Röntgenbilder und CT-Bilder bei.

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift

Bemerkungen/Ergänzungen: _____