

Abteilung für Geriatrie und Frührehabilitation
CA PD Dr. Matthias Görnig

 Suurheid 20
 22559 Hamburg

Patientenanmeldung:

Patienten Daten / Etikett Name, Vorname Geb.-Datum Anschrift Krankenkasse	Wahlleistungen: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 1 Bett (185€/Tag) <input type="checkbox"/> 2 Bett (97€/Tag)	<input type="checkbox"/> Vollstationär <input type="checkbox"/> Teilstationär (Tagesklinik) <input type="checkbox"/> Palliativ
--	--	--

Hauptdiagnose: _____

Relev. Nebendiagnosen: _____

(insbes. Tumore, term. Niereninsuffizienz, Paresen)

Erkältungssymptome: Ja Nein **Corona AG Schnelltest:** positiv negativ

Problemkeime: Ja Nein
 MRSA 4-MRGN 3-MRGN ESBL VRE Noro
 Clostridien/Rota Durchfall Erbrechen Sonstige: _____

Dialyse Ja Nein

Mobilität:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> bettlägerig | <input type="checkbox"/> rumpfinstabil | <input type="checkbox"/> gehfähig mit Hilfe | <input type="checkbox"/> allein gehfähig |
| <input type="checkbox"/> mobil im Rollstuhl | <input type="checkbox"/> mobil am Rollator | <input type="checkbox"/> Transfer assistiv | <input type="checkbox"/> Transfer allein |
| <input type="checkbox"/> Hemiparese li. | <input type="checkbox"/> Hemiparese re. | <input type="checkbox"/> Monoparese | <input type="checkbox"/> Paraparese |
| <input type="checkbox"/> Tetraparese | <input type="checkbox"/> Ataxie | <input type="checkbox"/> Vigilanzstörung | <input type="checkbox"/> Neglect |
| <input type="checkbox"/> Aphasie | <input type="checkbox"/> Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> Sehstörung | <input type="checkbox"/> Hörstörung |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> neuropsychologische Defizite | | |

Hilfe notwendig bei:

-
- Essen
-
- An- und Auskleiden
-
- Toilettengang
-
- Körperpflege

Orientierung:

-
- vorhanden
-
- vermindert
-
- nicht vorhanden
-
- leichte Demenz
-
-
- höhergradige Demenz

Kooperation:

-
- vorhanden
-
- vermindert
-
- nicht vorhanden
-
-
- PEG
-
- ZVK
-
- Tracheostoma
-
- Dauerkatheter
-
-
- Harninkontinenz
-
- Stuhlinkontinenz
-
-
- Dekubitus Grad des Dekubitus _____ Ort des Dekubitus: _____

Belastungsfähigkeit - nur bei Extremitätenverletzungen auszufüllen!

-
- Vollbelastung
-
- Teilbelastung _____ %
-
- Entlastung

Rehabilitationsziel: _____

Erwünschter Verlegungstermin: Frühestens: _____ Spätestens: _____	Anmeldender Arzt (mit Tel. Nr.)/ Klinikstempel	Telefondurchwahl und Faxnummer der Station:
--	---	--