

# Anmeldung Akut-Geriatrie Klinik Elbroich

**Name, Vorname:** .....

**Klinik für Geriatrie**

**Anschrift:** .....

**Dr. med. Frank Richert**  
Chefarzt

**Geb.Datum:** .....

Krankenhaus Elbroich  
Am Falder 6  
40589 Düsseldorf

**Krankenkasse:** ..... **Zusatzversicherung**.....

**Nächste Angehörige** .....

Sekretariat:  
Telefon (02 11) 75 60-201  
Telefax (02 11) 75 60-209

**Anschrift / Tel.** .....

<b>Chefarztbehandlung / Wahlleistung</b>	<i>ja / nein</i>	<b><u>zukünftige Versorgung:</u></b>	
<b>1 Bett-Zimmer*</b>	<i>ja / nein</i>	zu Hause	<i>ja / nein</i>
<b>2 Bett-Zimmer*</b>	<i>ja / nein</i>	Seniorenheim	<i>ja / nein</i>
<small>*Zuzahlungspflichtig</small>		Kurzzeit-Pflege	<i>ja / nein</i>
<b><u>Vorsorgevollmacht / Pat.-Verfüg.</u></b> vorhanden	<i>ja / nein</i>	<b><u>Pflegegrad</u></b>	<i>ja / nein</i> _____

**Wurde ein Antrag auf stationäre Anschlussheilbehandlung (Reha) gestellt?** **ja / nein**

**Diagnosen:**  
.....  
.....

Belastbarkeit nach OP / Osteosynthese ( ) voll ( ) teil .....kg. Gehen mit Hilfsmittel .....

**Aktuelle Befunde, zutreffendes bitte mit O markieren:**

**bettlägerig** *ja / nein*    **stehfähig** *ja / nein*    **gehfähig** *ja / nein*    **Rollstuhlfahrer** *ja / nein*

**Hilfe bei:**

**Essen** *ja / nein*    **Waschen** *ja / nein*    **Anziehen** *ja / nein*    **Toilettengang** *ja / nein*

**Decubitus** *ja / nein*    **Dauerkath.** *ja / nein*    **PEG** *ja / nein*    **ZVK** *ja / nein*

**Psychischer Befund:** .....

**verwirrt** *ja / nein*    **kooperationsfähig** *ja / nein*    **motiviert** *ja / nein*    **agitiert** *ja / nein*

**Erregernachweis von :**

**MRSA** *ja / nein*    **3/4 MRGN** *ja / nein*    **VRE** *ja / nein*    **Norovirus** *ja / nein*    **Clostridien** *ja / nein*

**SARS CoV 19**    **1. Impfung** *ja / nein* // **2. Impfung** *ja / nein* // **3. Impfung** *ja / nein*

**Sonstige Erreger** .....

**Stempel (Praxis / Klinik)**

**Telefon bei Rückfragen:**

**Name / Unterschrift**