

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.

Chefarztbehandlung / Wahlleistung	<i>ja / nein</i>	<u>zukünftige Versorgung:</u>	
1 Bett-Zimmer*	<i>ja / nein</i>	zu Hause	<i>ja / nein</i>
2 Bett-Zimmer*	<i>ja / nein</i>	Seniorenheim	<i>ja / nein</i>
<small>*Zuzahlungspflichtig</small>		Kurzzeit-Pflege	<i>ja / nein</i>

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

Diagnosen:

.....
.....

Belastbarkeit nach OP / Osteosynthese () voll () teilkg. 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