

Patienten-Anmeldefragebogen

Name:
Vorname:
Geboren am:

Klinik für Geriatrie
Chefarzt
Thomas Theloe
FA für Innere Medizin und
Geriatrie

Diagnosen:

Datum:
Kürzel:

Anmelde-/Verlegungsgrund:

Bisheriger Behandlungsverlauf:

Liegen Infektionskrankheiten vor (Durchfall, MRSA)?
 Nein Ja, welche.....

Liegt ein Dekubitus vor?
 Nein Ja, wo.....

Liegt eine Demenz vor?
 Nein Ja

Ist der Patient kooperationsfähig?
 Nein Ja

Barthel – Index:Punkte.

Einzelzimmer
Mehrbettzimmer

Spezielle Medikation (Tumorpräparate, Antibiotika Therapie)
 Nein Ja
Folgende: _____

Kommt der Patient aus der Häuslichkeit/Heim?
 Häuslichkeit Pflegeeinrichtung/Heim Betreutes Wohnen

Liegt ein Pflegegrad vor?
 Nein Ja

Anmeldende Einrichtung/Arzt/Ärztin:

Hausarzt/Hausärztin: Telefonnummer:

Krankenhaus: Telefonnummer:

Bitte an das Sekretariat Geriatrie faxen: Fax-Nr. 03378 / 828 - 2363

Bei Nachfragen bitte Station D2 Tel.: 03378 / 828-2448 oder -2449
oder Chefarztsekretariat Tel.: 03378 / 828-2436