

**Anmeldung Akutgeriatrie zur frührehabilitativen geriatrischen  
Komplexbehandlung**

**Helios St. Marienberg Klinik Helmstedt / Abteilung für Akutgeriatrie  
Chefarzt Herr E. Slavutsky**

**Anmeldung/Belegung:**

**Telefon: 05351-14-1477 & (05351) 14-6150 | Fax: (05351) 14-1409**

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Krankenhaus / Stationsarzt / Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

in der verlegenden Klinik stationär seit: \_\_\_\_\_

Krankenkasse + KV-Nummer:

Faxnummer für die Antwort: \_\_\_\_\_

Wahlleistung: ( ) ja ( ) nein

1 Bett-Zimmer ( ) 2 Bett-Zimmer ( ) Mehrbettzimmer möglich ( )

**Pflegegrad: ( ) 1 | ( ) 2 | ( ) 3 | ( ) 4 | ( ) 5**

Kontaktdaten des nächsten Angehörigen:

\_\_\_\_\_

**→ Verlegung möglich ab: \_\_\_\_\_**

**Relevante Diagnosen/Nebendiagnosen/Funktionsstörungen (Text! KEINE ICD)**

Hauptdiagnose:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nebendiagnose:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Funktionsstörungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-> Bei Operationen ist zu ergänzen, ob der Patient Voll-oder Teilbelastung hat!

**Bitte Zutreffendes ankreuzen: Demenz:**

( ) ja ( ) nein

wenn ja: ( ) leicht ausgeprägt ( ) schwer ausgeprägt

Offene Wunden: ( ) ja ( ) nein wenn ja, Lokalisation und Grad:

---

Dekubitus: ( ) ja ( ) nein wenn ja,

Lokalisation und Grad:

---

Isolationspflichtiger Keim: ( ) ja ( ) nein ja, welcher:

---

**Zusätzliche Angaben:**

Größe & Gewicht: \_\_\_\_\_

Gesetzliche Betreuung vorhanden: ( ) ja ( ) nein

Sauerstoffgabe erforderlich: ( ) ja ( ) nein

VAC System: ( ) ja ( ) nein

Hemiparese: ( ) ja ( ) nein

Tetraparese: ( ) ja ( ) nein

Spezialbett: ( ) ja ( ) nein

Spezialmatratze: ( ) ja ( ) nein

Depression: ( ) ja ( ) nein

Weglauftendenz: ( ) ja ( ) nein

Delir/ bzw. Z.n. Delir: ( ) ja ( ) nein

PEG: ( ) ja ( ) nein

Anus Praeter: ( ) ja ( ) nein

ZVK: ( ) ja ( ) nein

Port: ( ) ja ( ) nein

DK/SPK: ( ) ja ( ) nein

**Bitte zusätzlich aktuellen Barthel-Index beifügen!**