

Anfrage zur Übernahme in die Akutgeriatrie

Name:

Vorname:

Geb.:

Straße:

PLZ/Ort:

Krankenkasse:

Helios Park-Klinikum Leipzig
Abteilung Geriatrie
 Strümpellstraße 41, 04289 Leipzig
 Tel. 0341 864 252243
 Fax 0341 864 2248
 E-Mail: LPK-Geriatrie@helios-gesundheit.de

geriatrische Frührehabilitation / Komplextherapie

Tagesklinik

Einweisende Klinik:

Ansprechpartner / Zuweisender Arzt:

Telefon: _____

frühestmöglicher Verlegungstermin: _____

Hauptdiagnose: _____ OP-Datum: _____

Wichtige Nebendiagnosen: _____

	ja	nein	Lokalisation
Tracheostoma			
Demenz / Delir			
Inkontinenz			
Dekubitus			
Wunde			
Schmerz			
starke Seh-/ Hörbeeinträchtigung			
Immobilität / rezidive Stürze			

multiresist. Keime	ja	nein	Lokalisation	letzter Abstrich	Isolation ja / nein
MRSA					
VRE					
3MRGN					
4MRGN					
Clostridien / Norovirus					

	ja	nein	Zustand nach (bis wann positiv)	letzter Abstrich	Impfstatus
COVID-19					

Dialyse: Mo Di Mi Do Fr Sa

Status vor Erkrankung:

selbstständig / Wohnung

Pflegedienst / betr. Wohnen

Altenheim / Pflegeheim

Barthel-Index: _____ Pkt.
 MMST: _____ Pkt.

Vollbelastung

Teilbelastung

_____ kg, bis _____

Pflegegrad:

nein

1

2

3

4

5

eingeleitet

Hinweis:

Wir bitten zu berücksichtigen, dass bei einer KH-Liegedauer ≥ 7 Tage eine Kurz-Epikrise anzufügen ist.

Ort, Datum: _____