

Anmeldung in der Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation

– zum stationären Aufenthalt –

T (03501) 71 18-5312, F (03501) 71 18-5313

Einweisender Arzt/Praxis

Stempel

Informationen zum Patienten

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Bezugsperson: _____

Vorsorgebevollmächtigter

Wahlleistung gewünscht (Zusatzversicherung erforderlich oder zahlungspflichtig)

Ausfüllen vom Helios Klinikum Pirna

Geplanter Termin: _____

(Bitte melden Sie sich an der Rezeption an.)

Patient wurde über den Termin informiert.

Bitte informieren Sie Ihren Patienten.

Stempel/Unterschrift Klinik für Geriatrie

Helios Klinikum Pirna

Struppener Straße 13, 01796 Pirna

Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation

Chefärztin Dr. med. Carolin Höhlig

T (03501) 71 18-5312, F (03501) 71 18-5313

www.helios-gesundheit.de/pirna

1. Bisherige Versorgung:

Zu Hause Altersheim

Pflegegrad I II III IV V

2. Hauptdiagnosen mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit (insbesondere akutmedizinischer Behandlungsbedarf):

1. _____

2. _____

3. _____

3. Isol. Pathol. Keime (MRSA, ESBL)

4. ISAR-Score: _____ Punkte

5. Geriatrie-Scoring

Mobilitätseinschränkungen ja nein

Kognitive Einschränkungen ja nein

Auffällige Stimmungslage ja nein

Seh-/Hörstörung ja nein

> als 5 Medikamente ja nein

Krankenhausaufenthalt

in den letzten 6 Monaten ja nein