

Patient:	_____
Geb. Datum:	_____
Adresse:	_____
Ort:	_____
Telefon:	_____
Kostenträger:	_____

Geriatric Husum
Chefarzt Jan Bandholz

 Telefon: 04841 660-1212
 Telefax: 04841 660-1216
 Email: geriatric-husum@klinikum-nf.de
 KIM:
 knf.klinik_geriatric_husum@tsi.kim.telematik
 www.klinikum-nf.de

-
- Mit Wahlleistung Arzt
-
- 1-Bett-Zimmer
-
- 2-Bett-Zimmer

Patientenanmeldung in die Geriatric

 Stationär Tagesklinik

 Diagnosen: _____

Mobilität	<input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> mobil im Rollstuhl		
	<input type="checkbox"/> gehfähig alleine	<input type="checkbox"/> gehfähig mit Hilfe		
	<input type="checkbox"/> Transfer assistiv	<input type="checkbox"/> Transfer alleine		
Hilfe notwendig beim...	<input type="checkbox"/> Essen	<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> Toilettengang	<input type="checkbox"/> Körperpflege
	<input type="checkbox"/> Aphasie	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Sehstörung	<input type="checkbox"/> Hörstörung
Orientierung	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> keine	
Kooperation	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> keine	
Demenz	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> höhergradig	<input type="checkbox"/> Depression	
	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter
	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Dekubitus ja, wo:	
Infektiösität	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Covid	<input type="checkbox"/> Novovirus	<input type="checkbox"/> Clostridien
			<input type="checkbox"/> Andere	
bei Extremitätenverletzungen	<input type="checkbox"/> volle Belastbarkeit	<input type="checkbox"/> teilweise%	<input type="checkbox"/> keine Belastungsfähigkeit/ Entlastung	
	Wie lange ?		Wie lange?.....	

Gewünschter Verlegungstermin:	Anmeldung Arzt o. Klinikstempel	Telefondurchwahl der Station:
Frühestens: _____		
Spätestens: _____		