skbs

STÄDTISCHES KLINIKUM
BRAUNSCHWEIG

skbs Geriatrie / Celler Str. 38 / 38114 Braunschweig

Anmeldung zur geriatrischen frührehabilitativen
Krankenhausbehandlung (§ 39 SGBV)
per Fax an: (05 31) 5 95 – 34 44

Medizinische Klinik IV – Geriatrie
Chefärztin
Dottoressa Magistrale in Medicina e Chirurgia
Silvia Varotto
Belegungskoordination
Tel.: (0531) 595 – 34 45
Mobil: 0151-12 23 39 26
Fax: (0531) 595 – 34 44

Patienten-Angaben, ggf. Pat.-Aufkleber

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Anmeldendes Krankenhaus/ Station/Telefon:

Arzt-/KH-Stempel

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat

Wird Wahlleistung gewünscht? ☐ Chefarztbehandlung ☐ 1-Bett-Zimmer ☐ 2-Bett-Zimmer

Hauptdiagnose: _____
Nebendiagnosen: _____
_____
_____
_____

☐ MRSA positiv
☐ Clostridien positiv
☐ andere Infektion/Besiedlung:
☐ COVID-PCR am__/___/___

Pat. ist mit der Verlegung/Einweisung einverstanden ☐ ja ☐ nein
Telefon Patient für Aufnahmetermin:
Rehabilitation gemäß § 111 SGBV beantragt ☐ ja ☐ nein
Grund zur Krankenhausbehandlung nach § 109 SGBV: ☐ ja ☐ nein

Was macht der Patient	**selbstständig**	**mit Hilfe**	**unselbstständig**
Essen	☐	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐
Anziehen	☐	☐	☐
Gehen	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐	☐
Rollstuhl	☐	☐	☐

Der Patient ist	**immer orientiert**	**teilweise orientiert**	**desorientiert**
	☐	☐	☐

Dekubitus? ☐ nein ☐ ja **wenn ja, wo:** _____ **Grad:** ____
Dysphagie? ☐ ja ☐ nein

Kontinenz	**kontinent**	**teilweise**	**inkontinent**
Stuhlgang	☐	☐	☐
Urin	☐	☐	☐
Dauerkatheter	☐ nein	☐ ja	

Pflegegrad vorhanden? ☐ nein ☐ ja **wenn ja, welcher?** ____ (1-5)

Versorgung vor Eintritt der aktuellen Erkrankung
zu Hause bisher völlig selbstständig: ☐ ja ☐ nein
zu Hause bereits Versorgung durch ☐ Sozialstation ☐ Angehörige
bereits im Heim versorgt: ☐ ja ☐ nein
Wird eine Heimunterbringung angestrebt? ☐ ja ☐ nein
Wie schätzen Sie das Rehabilitationspotential ein? ☐ hoch ☐ befriedigend ☐ gering

Sonstiges: