



Anmeldung zur geriatrischen Krankenhausbehandlung (§ 39 SGBV)

Medizinische Klinik IV

Geriatrie
Chefarzt Dr. Andreas Schwitzke
Celler Str. 38, 38114 Braunschweig

per Fax-Nr.: (05 31) 5 95 – 34 44

Bettenkoordinatorin
Tel: (0531) 595 – 34 45
Fax: (0531) 595 – 34 44

Patient.-Angaben: ggf. Pat.-Aufkleber

Name: _____

Anmeldendes Krankenhaus/
Station/ Telefon:

ggf. Praxisstempel

geb.: _____

Wie versichert: gesetzlich [] privat []

Wird Wahlleistung Chefarztbehandlung [] 2-Bett-Zimmer [] 1-Bett-Zimmer [] gewünscht?

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

MRSA positiv []
Clostridien positiv []
andere Infektion: _____ []

Frühübernahme Alterstraumatologie (KH intern) [] ja [] nein
Behandlung nach Pfad [] ja [] nein

Übernahme möglich ab -> _____

Patient/in ist abzurufen unter Telefon Nr.: Vorwahl/Durchwahl -> _____

Patient/in ist über Verlegung informiert und damit einverstanden: ja [] nein []

Kost: Diabetes-Kost Vollkost Schonkost passiert

Was macht der Patient selbständig mit Hilfe unselbständig

- Essen
Waschen
Anziehen
Gehen
Treppensteigen
Rollstuhl

Der Patient ist immer orientiert teilweise orientiert desorientiert

Dekubitus? wenn ja: ja [] nein wo: _____ Grad: _____

Kontinenz Stuhlgang kontinent teilweise inkontinent
Urin

Dauerkatheter ja [] nein

MDK-Pflegeeinstufung vorhanden? [] ja [] nein - wenn ja, welche Stufe? _____ (I, II oder III)

Krankenhaus-Pflegekategorie: A _____ S _____
(A1, A2, A3) (S1, S2, S3)

Versorgung vor Eintritt der Erkrankung

zu Hause bisher völlig selbständig: ja nein
zu Hause bereits Versorgung durch Sozialstation Angehörige
bereits im Heim versorgt: ja nein

Ist aus Ihrer Sicht erreichbar:

eine Selbstversorgung alleine [] mit Hilfen
oder wird eine Heimunterbringung angestrebt? ja nein
Wie schätzen Sie das Rehabilitationspotential ein? hoch befriedigend gering