



Anmeldung zur geriatrischen Krankenhausbehandlung
(§ 39 SGBV)

Medizinische Klinik IV

Geriatrie
Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. habil. M. Görnig
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/

ggf. Praxisstempel

Station/ Telefon:

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? ja nein
wenn ja: wo: _____ Grad: _____

Kontinenz kontinent teilweise inkontinent

Stuhlgang
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