

An das Evang. Krankenhaus Woltersdorf
Fachklinik für Innere Medizin/ Geriatrie
Schleusenstr. 50

15569 Woltersdorf

Absender: Klinik oder Hausarztpraxis – Stempel -

Datum:

Station:

Telefon:

Telefax:

Arzt:

Medizinisches Gutachten zur Anmeldung

für die Aufnahme in die

gewünschter Aufnahmetermin: _____

vollstationäre geriatrische Behandlung

teilstationäre geriatrische Behandlung (Tageskliniken: Woltersdorf, Strausberg, Fürstenwalde)

Bitte Kostenträger eintragen:

Patient allgemein versichert: _____

Patient privat versichert: _____

Basistarif

mit Wahlleistung

Patient privat zusatzversichert: _____

Wahlleistung

teil-/stationäre Wahlleistung

Chefarztbehandlung

1-Bett-Zimmer

2-Bett-Zimmer

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthaltsort: _____

Soziales Umfeld/ Unterstützung (Adresse, Telefon)

Angehörige: _____

Sozialstation: _____

Bewohner stat. Pflegeeinrichtung: ja

nein

Pflegegrad: _____

ja, Grad: ____

nein

vorbehandelnder Hausarzt (Adresse, Telefon): _____

Zentrales Patientenmanagement: Anmeldung und Information

vollstationäre geriatrische Behandlung (Krankenhaus)

teilstationäre geriatrische Behandlung (Tageskliniken)

Tel.: 03362/ 779-222

Tel.: 03362/ 779-223

Fax: 03362/ 779-333

Homepage und Download der Anmeldeformulare:

E-Mail:

www.krankenhaus-woltersdorf.de

anmeldung@krankenhaus-woltersdorf.de

Name des Patienten: _____

Hauptdiagnose: _____ vom _____

Relevante Nebendiagnosen / Medizinische Probleme:

OP-Datum: _____

- Bei Fraktur: vollbelastbar
 teilbelastbar
_____ kg
 übungsstabil
 Entlastung

Bitte Röntgenbilder und CT-Aufnahmen mitschicken! Danke!

Medikation:

Fähigkeitsstörungen:

intakt nicht
intakt intakt

1) Selbstversorgung	Persönliche Hygiene		
	An/Auskleiden		
	Nahrungsaufnahme		
	Urin- / Stuhl-Kontinenz		

2) Körperliche Beweglichkeit	Bett allein verlassen		
	Bett mit Hilfe verlassen		
	Gleichgewicht		
	Sitzen		
	Beweglichkeit	Arme Beine	

3) Fortbewegung	Stehen		
	Gehen		
	Treppen steigen		

4) Kommunikation	Sprechen		
	(Sprach-)Verständnis		
	Hören		
	Sehen		

5) Verhalten	Mitwirkung bei Therapie		
	Stimmung		

6) Kognition	zeitlich		
	örtlich	orientiert	
	zur Person		
	situativ		
	Adäquates Umsetzen von Anweisungen		
	Gedächtnis		

nein ja

7) Sonstiges	Hinlauftendenz		
	Aggressives Verhalten		

aktuelles Gewicht:

Besonderheiten:

Dekubitus/ Wunden (Wo?):

Drainagen (Art):

Katheter (Art):

Sonden (Art):

Patient ist derzeit isoliert: nein ja

Aktueller Infektionsstatus:

- MRSA VRE 3MRGN 4MRGN
 anderer Erreger:

nachgewiesen in:

- Nase/ Rachen
 Wunde
 Urin
 Stuhl
 Blut
 Sputum

Durchfall: nein ja

Erreger:

Entlassung:

- nach Hause
 stationäre Pflegeeinrichtung
 Häuslichkeit Angehöriger

Ziel des stationären/ teilstationären Aufenthaltes (Bitte unbedingt ausfüllen!):

**Checkliste Risikoeinschätzung Covid-19
zur vollstationären Aufnahme**

Name/ Vorname des Patienten: _____

	NEIN	JA
Hat der/ die Patient/in aktuell respiratorische Symptome?		Welche? <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Halsschmerzen
Hat oder hatte der/ die Patient/in Covid-19?		Befund vom:
Hatte der/ die Patient/in unmittelbaren Kontakt mit einer Person die Covid-19 positiv getestet wurde?		Wann?
Liegt ein negativ Abstrich von Covid-19 vor? (nicht älter als 3 Tage vor Aufnahmetag)		Abstrich erfolgte am: _____ <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv

Datum:

Name und Unterschrift: