

Fax-Anmeldung: 030/ 3035 2999

Geriatrische Komplexbehandlung (OPS 8-55)

Patient: geb. am:

wohnh.:

Diagnosen (ggf. OP-Datum):

Bisheriger Krankheitsverlauf / Anmerkungen:

Akutstationärer Behandlungsbedarf:

MRSA / ESBL / VRE ☐ ja ☐ nein

Desorientierung: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise

Körperlicher Status: (Barthel-Index ____ Punkte)

ohne Hilfe mit Hilfe Pflegegrad

gehen	☐	☐	☐ 1
Treppensteigen	☐	☐	☐ 2
sich umsetzen Bett/(Roll-)Stuhl	☐	☐	☐ 3
frei sitzen	☐	☐	☐ 4
sich an- und auskleiden	☐	☐	☐ 5
sich waschen	☐	☐	
essen	☐	☐	

Frührehabilitations-/
Entlassungsziel:

- ☐ Rückkehr in die eigene Wohnung
☐ Wohnen bei Angehörigen
☐ Pflegewohnheim
☐ Sonstiges: _____

Transport

- ☐ sitzend
☐ liegend

Hausarzt: _____

Wahlleistungen:

Angehörige (Name / Tel.): _____

☐ 1-Bett ☐ 2-Bett ☐ CA

Betreuer (Name / Tel.): _____

Gewünschter Übernahmetermin: _____

Stempel der Einrichtung / Ansprechpartner

Tel.-Nr. für Rückfragen:

Station

Datum

Bitte alle radiologischen Unterlagen, Laborbefunde sowie eine Kopie der Entlassungsbriefe bei Verlegung mitschicken!