

St. Bernward Krankenhaus
Klinik für Geriatrie und Neurogeriatrie
Chefärztin Frau Wetzel
Treibestraße 9
31134 Hildesheim

Anmeldendes Krankenhaus/ Station/ Durchwahl:
Anmeldende Praxis mit Arztdirektrufnummer:

ggf. Stempel

Patientenetikett oder	
Name, Vorname:	
Geb.-Datum:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Hausarzt:	
Wahlleistungsstatus:	☐ Chefarztwahl ☐ 1-Bett-Zimmer ☐ 2-Bett-Zimmer

Anmeldung:

Sekretariat Geriatrie
Fr. Bruns

Telefon: 05121 90-1423
Fax: 05121 90-1027
Email: sekretariat.geriatrie@bernward-khs.de

Telefonische Erreichbarkeit Montag bis Freitag von 8.00 bis 13.00 Uhr

- ☐ MRSA positiv
- ☐ Clostridien positiv
- ☐ Andere Infektion:

Hauptdiagnose:

Nebendiagnosen:

Krankenhausbehandlungsgrund(e):	Welcher Art	Bemerkungen

**Einweisung nur mit Barthel Index, aktuellem Medikamentenplan und relevanten
Vorbefunden!**

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		☐ ja Grad _____	☐ nein
Versorgung vor Eintritt der Erkrankung			
zu Hause bisher völlig selbstständig:		☐ ja	☐ nein
Zu Hause bereits Versorgung durch		☐ Sozialstation	☐ Angehörige
Bereits im Heim versorgt:		☐ ja	☐ nein
Wird eine Selbstversorgung		☐ alleine	☐ mit Hilfen
Oder eine Heimunterbringung angestrebt?		☐ ja	☐ nein

Liegt eine Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung vor?

O ja

O nein

Auf-/Übernahme möglich ab: _____

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