

Anmeldung von Patientinnen und Patienten im Evangelischen Zentrum für Altersmedizin

im Krankenhaus, Weinbergstraße 18-19, 14469 Potsdam:

Tel.: 0331. 2777 411 / Fax: 0331. 2777 444 / E-Mail: aufnahme.kh@altersmedizin-potsdam.de

in der Tagesklinik (TK), Allee nach Sanssouci 7, 14471 Potsdam:

Tel.: 0331. 2777 430 / Fax: 0331. 2777 444 / E-Mail: aufnahme.tk@altersmedizin-potsdam.de

Datum der Anmeldung:	
Vor- und Zuname des Patienten:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefonnummer des Patienten:	

Einweisender Arzt, ggf. KH		Tel.:
Hauptdiagnose:		
Behandlungsauftrag für die Akutgeriatrie:		Barthel-Index: Pflegegrad:
relevante Nebendiagnosen		
psych. Auffälligk./Demenz		MMSE:
Häusliche Versorgung <i>Bei TK-Anmeldungen bitte unbedingt ausfüllen</i>	<input type="checkbox"/> Häusliche Versorgung ist organisiert <input type="checkbox"/> HKP welche: <input type="checkbox"/> Angehörige <u>Kontaktdaten:</u>	
Infektionen/Keime <i>in Tagesklinik nicht möglich</i>	Zimmeriso. z. B. MRSA, bei Noro-/Rotaviren	<input type="checkbox"/>
	Pseudomonas in der Lunge, MRE, Clost. diff.	
	Bettisolierung z. B. ESBL,	<input type="checkbox"/>
Dialysepatient <i>in Tagesklinik nicht möglich</i>	<input type="checkbox"/> wenn dialysepflichtig, bitte vorab telefonische Rücksprache	
<input type="checkbox"/> Life Vest		
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle	
<input type="checkbox"/> Port	<input type="checkbox"/> ZVK	
<input type="checkbox"/> PEG/PEJ	<input type="checkbox"/> Sondenkost welche?	
<input type="checkbox"/> Anus praeter	<input type="checkbox"/> Insulin Selbstinjektion	Ist der Patient geschult?

Wahlleistung	<input type="checkbox"/> CA-Behandlung
--------------	--

Wunschtermin Aufnahme:	
Tel.-Nr. Pflegesekretariat Station	

Name Anmeldender:

Unterschrift:

Station/Fachbereich: