

Asklepios Klinik Wandsbek
Geriatric
Alphonsstraße 14
22043 Hamburg
Tel.: 040 – 1818 83 – 1661
Fax: 040 – 1818 83 – 1666

Patientenetikett	
oder	
Name, Vorname	_____
Geb.-Datum	_____
Adresse	_____

Schwerpunkt (bitte ankreuzen):

- Tagesklinik
- Neurogeriatrie
- Kognitive Geriatrie
- Alterstraumatologisches Zentrum
- Akut – Geriatrie
- Stoffwechselerkrankungen

Anmelder	Datum _____
Name	_____
Praxis / Klinik	_____
Telefon	_____
Fax	_____

Angehörige	
Name	_____
Telefon	_____
Status	_____
Betreuer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name	_____

Dringlichkeit Eilig Elektiv Wunschkdatum _____

Wahlleistung Chefarzt ja nein // 1-Bett 2-Bett

Diagnosen (Freitext)

Indikation / Behandlungsauftrag

Isolationspflicht / Ansteckende Erkrankung ja nein Falls ja, welche _____

Aktuelle Situation
Barthel-Index _____
 Orientiert Meistens orientiert Nicht orientiert Akute Orientierungsstörung
Adipositas ja nein falls ja und Gewicht > 150kg bitte Gewicht angeben _____
Trachealkanüle ja nein (falls ja, bitte Ersatzkanüle mitgeben)
Spezielle Medikation (Chemotherapie etc.) ja nein falls ja, welche _____

Sonstiges / Besonderheiten

Aufnahme am _____ **auf Station** _____
Bitte bestätigen Sie uns den angebotenen Aufnahmetermin!

Außerhalb der Regel-Dienstzeit (werktags 8:00 bis 16:00) ist in dringenden Fällen jederzeit eine Zuweisung des Patienten über unsere Zentrale Notaufnahme möglich.