 <b>ASKLEPIOS</b> <small>Gesund werden. Gesund leben.</small>	<b>Anmeldung</b> <b>Akutgeriatrie zur frührehabilitativen</b> <b>Komplexbehandlung</b>	Ansprechpartner: CA A. Cabanillas Diaz	
Geltungsbereich: Harzlinik Goslar Geriatrie	<b>Formular</b>		

**Chefarzt Alexei Cabanillas Diaz**

**Telefon: 05321 44 1321**

**Fax: 05321 44 1329**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Patientenname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

ggf. Patientenaufkleber

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Krankenhaus / Praxis / Stat. Arzt:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**In der verlegenden Klinik seit:** \_\_\_\_\_

**Faxnummer für die Antwort:** \_\_\_\_\_

**Diagnosen/ Nebendiagnosen/ Funktionsstörungen (bitte TEXT !, keine ICD)**

**Hauptdiagnose:** \_\_\_\_\_

**Nebendiagnosen:** \_\_\_\_\_

**Funktionsstörungen:** \_\_\_\_\_

**Bitte Arztbrief bzw. Kurzarztbrief beifügen**

**Aktueller Barthel Index:** \_\_\_\_\_ (nicht älter als 48 Stunden)

**Bitte Zutreffendes ankreuzen:**

**Pflegegrad:**  1    2    3    4    5   **Gesetzliche Betreuung:**  ja    nein

**Wahlleistung**  ja    nein    1 Bettzimmer    2 Bettzimmer


Mehrbettzimmer möglich

**Verlegung möglich ab:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Isolationspflichtiger Keim:**  ja    nein

**Wenn ja, welcher und Lokalisation**

**Depression:**  ja    nein

 <b>ASKLEPIOS</b> <small>Gesund werden. Gesund leben.</small>	<b>Anmeldung</b> <b>Akutgeriatrie zur frührehabilitativen</b> <b>Komplexbehandlung</b>	Ansprechpartner: CA A. Cabanillas Diaz	
Geltungsbereich: Harzlinik Goslar Geriatrie	<b>Formular</b>		

**Demenz:**  ja  nein

wenn ja:  leicht ausgeprägt  schwer ausgeprägt

**Delir:**  ja  nein

**Hinlauftendenz:**  ja  nein

**Offene Wunde:**  ja  nein

Wenn ja Lokalisation, Klassifikation, Beschreibung

**Dekubitus:**  ja  nein

Wenn ja, Lokalisation und Grad

**VAC System:**  ja  nein

**Sauerstoff erforderlich:**  ja  nein

**Hemiparese:**  ja  nein

**Tetraparese:**  ja  nein

**Spezialbett:**  ja  nein

**Spezialmatratze:**  ja  nein

**PEG:**  ja  nein

**Anus Praeter:**  ja  nein

**ZVK:**  ja  nein

**Dialysepflichtig:**  ja  nein

**Port:**  ja  nein

**DK/ Suprapubischer Katheter:**  ja  nein

**Tracheostoma:**  ja  nein

---

**Antwort auf Anfrage an Klinik für Geriatrie Asklepios Harzlinik Goslar**

**Übernahme möglich am:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Datum/Unterschrift Chefarzt /Oberarzt** \_\_\_\_\_

**Bitte um Bestätigung telefonisch oder per Fax, ob Sie den Verlegungstermin wahrnehmen möchten**

**Telefon:** 05321 44 1321

**Fax:** 05321 44 1329

**Verlegungstermin wird**  **wahrgenommen**

**nicht wahrgenommen**