
Absender (Stempel) Krankenhaus / Praxis / Institut

ANMELDUNG GERIATRISCHER PATIENTEN

Datum

stationäre Aufnahme

Aufnahmewunsch: _____

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Diagnosen

Telefonnummer der einweisenden Klinik: _____

Anamnese

Krankheitsverlauf

Häusliche Situation

Hausarzt (Adresse, Telefonnummer)

Angehörige (Adresse, Telefonnummer)

**Barthel-
Index:** _____

Punkte

Isolationspflicht

Nein

Ja

(MRSA, ESBL, Clostridien, Diarrhoe)

Pflegegrad

Nein

Ja, Grad _____

Bitte alle Kurzepikrisen sowie radiologischen Unterlagen unbedingt mitschicken.
Nach Prüfung der Unterlagen werden wir uns umgehend bei Ihnen zurückmelden.

Vielen Dank.