Anmeldung durch niedergelassene Ärzte (Fax)

Fax an das **Zentrum für Klinische Geriatrie**

- ☐ Leitung und Station: 06621-88-1629
- ☐ Tagesklinik: 06621-88-1691
- ☐ Sozialdienst: 06621-88-1627

Anmeldung zur geriatrischen Behandlung

- ☐ stationär
- ☐ teilstationär

Patientenname _____ Geburtsdatum _____

Adresse (PLZ/Ort, Straße/Hausnr.) _____

Name und Telefon Kontaktperson (Patient, Angehörige oder Betreuer) _____

Name und Telefon einweisender Arzt _____

Diagnosen

_____

☐ Diabetes mellitus ☐ Demenz ☐ Suchterkrankung ☐ Dekubitus

☐ Multiresistenter Keim ☐ beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung

Behandlungsziel

_____

Mobilität ☐ Laufen frei ☐ mit Rollator ☐ mit Handstock ☐ Laufen in Begleitung ☐ selbständig mobil im Rollstuhl ☐ mit Unterstützung mobil im Rollstuhl ☐ derzeit (überwiegend) immobil

Versorgung ☐ zu Hause selbständig ☐ Angehörigenhilfe ☐ Pflegedienst ☐ derzeit Kurzzeitpflege ☐ Pflegeheim ☐ Pflegegrad _____

Angehörige ☐ im Haus ☐ in der Nähe ☐ weit entfernt ☐ nicht verfügbar

Sonstiges ☐ Vollmacht ☐ Betreuung ☐ Patientenverfügung

Datum, Unterschrift _____

▶ **Bitte immer aktuellen Medikamentenplan mitgeben und bei Tagesklinik-Patienten Aktualisierungen per Fax weitergeben.**

Klinikum Bad Hersfeld
www.klinikum-bad-hersfeld.de
Seilerweg 29 · 36251 Bad Hersfeld · Tel. 0 66 21 88-0

Revision: 01/2018, Dr. Axel Saure