



**Anmeldung Akutgeriatrie zur frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung**

**Vinzenzkrankenhaus Hannover Abteilung für Akutgeriatrie und Frührehabilitation**

**Janine Bauer (Oberärztin)**

**Cora Nyhuis (Oberärztin)**

**Telefon: (0511) 950 2104**

**Fax: (0511) 950 3010**

**Patientenname:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

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

Ggf. Patientenaufkleber

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

Krankenhaus / Praxis / Stationsarzt: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

in der verlegenden Klinik stationär seit: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Faxnummer für die Antwort: \_\_\_\_\_

Wahlleistung: ( ) ja ( ) nein

1 Bett-Zimmer ( ) 2 Bett-Zimmer ( ) Mehrbettzimmer möglich ( )

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

Relevante Diagnosen/Nebendiagnosen/Funktionsstörungen (Text! KEINE ICD)

Hauptdiagnose:

---

Nebendiagnose:

---

Funktionsstörungen:

---

**Aktueller COVID -19 Abstrichbefund nicht älter als 48 Stunden (als Fax)**

Arztbrief bzw. Kurzarztbrief beifügen

Aktueller Barthel- Index (nicht älter als 24 Std. bitte beifügen)

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Demenz:  ja  nein

wenn ja:  leicht ausgeprägt  schwer ausgeprägt

Offene Wunden:  ja  nein

wenn ja, Lokalisation, Klassifikation, Beschreibung:

---

Dekubitus:  ja  nein

wenn ja, Lokalisation und Grad:

---

Isolationspflichtiger Keim:  ja  nein

wenn ja, welcher und Lokalisation :

---

Pflegegrad:  1 |  2 |  3 |  4 |  5

Gesetzliche Betreuung vorhanden:  ja  nein

Sauerstoffgabe erforderlich:  ja  nein

VAC System:  ja  nein

Hemiparese:  ja  nein

Tetraparese:  ja  nein

Spezialbett:  ja  nein

Spezialmatratze:  ja  nein

Depression:  ja  nein  
Weglauftendenz:  ja  nein  
Delir :  ja  nein  
PEG:  ja  nein  
Anus Praeter:  ja  nein  
ZVK:  ja  nein  
Port:  ja  nein  
DK/SPK:  ja  nein  
Tracheostoma:  ja  nein

Unterschrift Leitender Arzt / Oberarzt:

---

**Antwort auf Anfrage von der Abteilung für Akutgeriatrie und Frührehabilitation  
Vinzenzkrankenhaus Hannover:**

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

Bitte um telefonische Bestätigung, ob Sie den Verlegungstermin wahrnehmen möchten.

Telefon: (0511) 950 3002 Herr Hartmann