

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