



St. Martini Krankenhaus Duderstadt

Übernahme-Formular

Geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung

Geriatrie Krankenhaus St. Martini GmbH, Chefarzt Mohammed Chebbok, Tel.: 05527 842-320, Fax 05527 842-327

Anmeldende Klinik:

Abteilung: Innere Medizin Neurologie Unfallchirurgie _____

Station: _____

Anmeldende Praxis:

Stempel

Gewünschter Verlegungstermin:

Übernahme am:

Name anmeldender Arzt/-in (*bitte lesbar schreiben*): _____

Telefonnummer anmeldender Arzt: _____

Patientenetikett

Barthel Index:

Indikation zur Früh-Rehabilitation:

Rehabilitative Diagnose: _____

- OP (Datum) _____
- Belastbarkeit der Fraktur _____

Behandlungsbedürftige Nebendiagnosen: _____

I. Hygienerrelevante Besonderheiten SARS-CoV-2

Post-CoViD	() ja	() nein
CoV-2 Impfung erhalten	1. Impfung Datum:	2. Impfung Datum: Wirkstoff:

I.I. Hygienerrelevante Besonderheiten

() MRSA Lokalisation:	() 3 MRGN Lokalisation:	() 4 MRGN Lokalisation:	() VRE Lokalisation:	() Sonstiges
------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------	---------------



St. Martini Krankenhaus Duderstadt

Übernahme-Formular
Geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung

Geriatrie Krankenhaus St. Martini GmbH, Chefarzt Mohammed Chebbok, Tel.: 05527 842-320, Fax 05527 842-327

II. Stammdaten			
Angehörige:	Name: Vorname:	Telefonnummer:	
Betreuer/ Bevollmächtigter:	Name: Vorname:	Telefonnummer:	
Wahlleistungen gewünscht:	() ja () nein	() 1 Bett, () 2 Bett	() Chefarztbehandlung
III. Status vor Aufnahme			
Wohnort:	() zu Hause	() allein	() mit Angehörigen
	() betreutes Wohnen	Einrichtung:	
	() Alten-/ Pflegeheim	Einrichtung:	
Mobilität:	() selbstständig mobil	() hilfsbedürftig	() vollständig immobil
Pflegegrad:	Grad:		
Hausarzt:	Name:	Telefonnummer:	
IV. Kognitiver Status:			
() orientiert	() kooperativ	() weglaufgefährdet	
() verwirrt	() aggressiv	() sonstiges	
V. Pflegerische Besonderheiten			
() Sprachstörung	() ZVK	() Schluckstörung	() Magensonde
() Blasenkatheter	() O2-Therapie	() AP-Anlage	() Sonstiges
Dialysepflichtigkeit	() Ja () nein	Dialysezyklus: () Mo, Mi, Fr () Di, Do, Sa	
Dialysezentrum/ Anbindung:			

Datum: _____ Unterschrift: _____