



Anmeldebogen

Patient*in bitte zu **11:00 Uhr** verlegenVorhandene **Befunde, Röntgen- und CT-Bilder** bitte mitschicken**Anmeldende*r:** Praxis/Krankenhaus/Station

Ansprechpartner*in: Name/Tel/Fax

Patient*in: Frau/Herr/Name/Vorname

Geburtsdatum/Krankenkasse

ggf. stationär seit

gewünschter Aufnahmetermin ins
St. Joseph KrankenhausPflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5Kontaktperson: Name/Tel ☐ Betreuer:in ☐ Angehörige:r ☐ Bekannte:r**Zusatzleistungen:** ☐ Chefärztin ☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer**Akutmedizinische Behandlungsdiagnosen/OP-Datum****Nebendiagnosen/Komplikationen****Besonderheiten**☐ Covid19-Impfung, wenn ja, wann:☐ Isolationspflicht (Keime/Körperstellen)☐ Wunden☐ Dekubitus (Grad/Körperstelle)☐ Dialyse (Häufigkeit/Rhythmus)☐ Sauerstoff☐ Chemotherapie/Radiatio geplant☐ **Spezielle/kostenintensive Medikation**

(bitte Medikationsliste faxen)

Aufenthalt in Akut-Geriatrie innerhalb der letzten 30 Tage ☐ Ja ☐ Nein**Assessment**☐ Barthel-Index

Transfere

☐ ohne Hilfe☐ mit Hilfe☐ nicht möglich

Gehen

☐ ohne Hilfe☐ mit Hilfe☐ nicht möglich

Treppensteigen

☐ ohne Hilfe☐ mit Hilfe☐ nicht möglich

Körperpflege

☐ ohne Hilfe☐ mit Hilfe☐ nicht möglich

Essen

☐ ohne Hilfe☐ mit Hilfe☐ nicht möglich☐ PEG☐ Schluckstörung**Klinik für Geriatrie****Chefärztin**Dr. Rahel Eckardt-Felmborg
geriatrie@joseph-kliniken.de

www.joseph-kliniken.de

Tel 030 7882 4900 | Fax -4903

Wüsthoffstraße 15 | 12101 Berlin

**Bei Stornierung oder Termin-
verschiebung bitten wir
dringend um telefonische
Absage. Vielen Dank!****Bisheriger Wohnort**☐ zu Hause:☐ alleine☐ mit Bezugsperson☐ mit Laienhilfe☐ mit professioneller Hilfe☐ Versorgungseinrichtung**Reha-Potential**☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht**Motivation**☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht**Verhaltensauffälligkeit**☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise☐ Delir ☐ Demenz**Kontinenz**☐ kontinent☐ harninkontinent☐ stuhlinkontinent☐ Dauerkatheter☐ Stoma