



AGAPLESION

® Unsere Werte verbinden

Anmeldende Praxis:

(Name und Telefonnummer Klinik für Rückfragen)

Patientenanmeldeformular

Name/ Vorname und Geburtsdatum

Adresse/Wohnort

Telefonnummer (wichtig)

Angehörige/r

Telefonnummer

Pflegedienst o.ä.

Telefonnummer

Krankenkasse/Zusatzversicherung:

☐ Wahlärztliche Leistungen

Behandlungsdiagnosen und wichtige Nebendiagnosen:

Besondere Medikamente: _____

☐ Medikamentenplan beigelegt

Zutreffendes bitte ankreuzen:

• Orientierung

☐ orientiert ☐ teils orientiert ☐ desorientiert ☐ Hinlauftendenz

• Ernährung

☐ Dysphagie ☐ Nahrungssonde ☐ Sonstiges: _____

• Zu/Ablaufsysteme

☐ Dauerkatheter ☐ Anus praeter ☐ Sonstiges: _____

• Extremitätenverletzungen

☐ Vollbelastung ☐ Teilbelastung _____ kg ☐ Entlastung für _____ Wochen

• Weiteres:

☐ Sprach/Sprechstörung ☐ Depression
☐ Dekubitus Grad _____ → Lokalisation: _____
☐ Tracheostoma ☐ Trachealkanüle
☐ Sonstiges: _____

☐ **Barthel Index:** _____ Pkt./ ohne Barthel bitte Seite 2 ausfüllen

Anmeldung Geriatrische Tagesklinik

AGAPLESION

DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG

Medizinisch- Geriatrische Klinik

Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg

Hohe Weide 17

20259 Hamburg

**Bitte per Fax anmelden:
F (040) 79020 – 2899**

Bei Rückfragen:

T (040) 79020 – 2890

Anmeldung zum

(Wunsch-)Datum

	ohne Hilfe	mit Hilfe	nein
Gehen	☐	☐	☐
Sitzen	☐	☐	☐
Transfer (Aufstehen, Umsetzen)	☐	☐	☐
An- und Auskleiden	☐	☐	☐
sich Waschen	☐	☐	☐
Mahlzeiten einnehmen	☐	☐	☐
WC benutzen	☐	☐	☐