AGAPLESION
Unsere Werte verbinden

Anmeldende Praxis:

_____
(Name und Telefonnummer Klinik für Rückfragen)

Anmeldung Geriatrische Tagesklinik

AGAPLESION
DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG
Medizinisch- Geriatrische Klinik
Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg
Hohe Weide 17
20259 Hamburg

Anmeldung per Fax:
F (040) 79020 –2899

Anmeldung per Mail:
TK-Pflege.DKH@agaplesion.de

Bei Rückfragen:
T (040) 79020 – 2890

Patientenanmeldeformular

_____
Name/ Vorname und Geburtsdatum

_____
Adresse/Wohnort

_____
Telefonnummer (wichtig)

_____
Angehörige/r Telefonnummer

_____
Pflegedienst o.ä. Telefonnummer

Krankenkasse/Zusatzversicherung:_____

☐ Wahlärztliche Leistungen

Anmeldung zum

_____
(Wunsch-)Datum

Behandlungsdiagnosen und wichtige Nebendiagnosen:

_____

_____

_____

Besondere Medikamente: _____

☐ Medikamentenplan beigefügt

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

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