



## Medizinisch-Geriatriische Klinik

AGAPLESION  
DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG  
Hohe Weide 17  
20259 Hamburg

**Tel: 040/ 79020 – 2701**  
**Fax: 040/ 79020 – 2719**

stationär

teilstationär

## Patientenanmeldeformular

Name/Vorname:		Aufkleber
geb.am:		
Straße:		
PLZ/Wohnort		

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

### SEHR WICHTIG! bitte ausfüllen bzw. beifügen!

Wahlärztliche Leistungen:       Gesondert berechenbare Unterkunft: 1 Bett-Zimmer

Pflegeüberleitungsbögen:       Isolation: Nein  Ja , wegen: \_\_\_\_\_

Verlegungsfähig ab: \_\_\_\_\_

Diagnosen / ICD-Nummern:

---

---

---

---

---

---

---

---

**SEHR WICHTIG bitte ausfüllen**

**Angehörige** (Kontaktadresse, Anschrift und Telefonnummer):

---



---

	ja	nein		ja	nein
desorientiert (Zeit, Ort, Person)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkoholabusus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verwirrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Wochentage: .....		
Sprach-/ Sprechstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kau-/ Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wunde mit Vakuumverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungssonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Decubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Lokalisation: .....		
Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trachealkanüle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anus praeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ohne Hilfe	mit Hilfe	nein		
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Transfer (Aufstehen, Umsetzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
sich Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mahlzeiten einnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
WC benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Medikamentöse Therapie: \_\_\_\_\_

---



---



---



---

Unterschrift  
Arzt / Ärztin

Tel. Durchwahl der Station