



Absender
(Stempel)

Medizinisch-Geriatriische Klinik

AGAPLESION
DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG
Hohe Weide 17
20259 Hamburg

stationär

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

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"/>	
Nahrungssonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Dekubitus	<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"/>	

	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/ Praxis