



Absender
(Stempel)

Medizinisch-Geriatriische Klinik

AGAPLESION
DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG
Hohe Weide 17
20259 Hamburg

Tagesklinik

Tel: 040/ 79020 – 2890
Fax: 040/ 79020 – 2899

Patientenanmeldeformular

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

Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung: _____

Verlegungsfähig ab: _____

Diagnosen / ICD-Nummern:

Name des Patienten: _____

(wichtig bei Faxmitteilungen)

SEHR WICHTIG bitte ausfüllen

Angehörige (Kontaktadresse, Anschrift und Telefonnummer):

	ja	nein		ja	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"/>
Hinlauftendenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Wochentage:			
					
Sprach-/ Sprechstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kau-/ Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Nahrungssonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
			Decubitus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Lokalisation:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tracheostoma/ Platzhalter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sauerstoffbedarf	<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/Praxis