Havelhöhe
Klinik für Anthroposophische Medizin

Akut-Geriatrie

Leitung Dres. R. Magerstädt u. R. Zerm
Kladower Damm 221, 14089 Berlin

Station 16, Schwester Mirjana
Tel.: 030 36501-1160, Fax: -1166
Email: Geriatrie@havelhoehe.de

ANMELDUNG ZUR VOLLSTATIONÄREN GERIATRISCHEN FRÜHREHABILITATION

Patientenaufkleber

Derzeitige Haupt- und Nebendiagnosen /OP-Datum:

_____

_____

_____

MRSA: ❑ ja ❑ nein ESBL: ❑ ja ❑ nein 4MRGN: ❑ ja ❑ nein Clostridien: ❑ ja ❑ nein

Letzter Abstrich (Datum): _____

SARS-CoV-2: Letzter PCR-Abstrich (Datum): _____ ❑ negativ, bzw. cT-Wert: _____

Pat. wurde gegen SARS-CoV-2 geimpft: ❑ ja ❑ nein wann: _____

Dekubitus: ❑ nein ❑ ja Grad/Ort _____

Wunden: ❑ nein ❑ ja Ort/Beschreibung _____

Körperlicher Status:	ohne Hilfe	mit Hilfe	nicht möglich
1. Essen und Trinken	❑10	❑5	❑0
2. Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt	❑10	❑5	❑0
3. Sich waschen (Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)	❑ 5	❑0	❑0
4. Toilettenbenutzung	❑10	❑5	❑0
5. Baden/Duschen	❑ 5	❑0	❑0
6. Aufstehen und Gehen auf ebenem Grund	❑10	❑5	❑0
6a. Fortbewegung mit dem Rollstuhl (nur, falls Item 6 »nicht möglich«)	❑ 5	❑0	❑0
7. Treppen auf-/absteigen	❑10	❑5	❑0
8. An-/Auskleiden	❑10	❑5	❑0
9. Harnkontrolle	❑10	❑5	❑0
10. Stuhlkontrolle	❑10	❑5	❑0

Desorientierung: ❑ ja ❑ nein ❑ zeitweise ❑ Demenz

Pflegegrad: ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5

Rehabilitations-/ Entlassungsziel: ❑ Rückkehr in die eigene Wohnung ❑ Pflegewohnheim ❑ Sonstiges _____

Versicherung: _____
wenn privat:
❑ 1-Bett ❑ 2-Bett ❑ WA

Gewünschter Verlegungstermin: _____ Angehörige/ Betreuer (Tel.): _____

_____	_____	_____	_____	_____
Datum	Klinik / Station	Ansprechpartner	Tel.Nr.	Fax.Nr.