

Anmeldung in der geriatrischen Tagesklinik

T (03501) 71 18-5312, F (03501) 71 18-5313

Einweisender Arzt/Praxis

Stempel

Informationen zum Patienten

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Bezugsperson: _____
Vorsorgebevollmächtigter

Auszufüllen vom Helios Klinikum Pirna

Geplanter Termin: _____
(Bitte melden Sie sich an der Rezeption an.)

- Patient wurde über den Termin informiert.
- Bitte informieren Sie Ihren Patienten.

Stempel/Unterschrift Klinik für Geriatrie

Helios Klinikum Pirna

Struppener Straße 13, 01796 Pirna

Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation

Chefärztin Dr. med. Carolin Höhlig

T (03501) 71 18-5312, F (03501) 71 18-5313

www.helios-gesundheit.de/pirna

1. Versorgung des Patienten:

- selbst
mit Hilfe von: Angehörigen Pflegedienst
- _____

4. Mobilität

Hilfsmittel des Patienten (Bitte mitbringen!):

- Rollator Gehstützen
- _____

2. Pflegegrad (max. 2):

- I II kein Pflegegrad
- Barthel-Index: _____ Punkte (>60 und <80)

5. Geriatrie-Scoring

- Mobilitätseinschränkungen ja nein
- Kognitive Einschränkungen ja nein
- Auffällige Stimmungslage ja nein
- Seh-/Hörstörung ja nein
- > als 5 Medikamente ja nein
- Krankenhausaufenthalt
in den letzten 6 Monaten ja nein

3. Hauptdiagnosen mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit:

1. _____
2. _____
3. _____