

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum	

Evangelisches Amalie  
Sieveking-Krankenhaus

albertinen<sup>+</sup>

in besten Händen

Abteilung für Geriatrie und Physikalische Medizin

## Anmeldung zur geriatrischen Behandlung

stationär                       Tagesklinik

Telefon 040 64412-603                      Telefax 040 64412-600

Hausarzt:	Wahlärztl. Leistung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------	--

<b>Behandlungsbegründende Diagnose:</b>	<input type="checkbox"/> Vollbelastung
	<input type="checkbox"/> Teilbelastung _____ kg bis _____
	<input type="checkbox"/> Entlastung bis: _____

<b>Weitere relevante Diagnosen:</b>	Isolationspflichtiger Keim	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Tracheostoma	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	PEG	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Anus praeter	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Cystofix	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Hemiparese	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Sprach- / Sprechstörung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Schluckstörung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Sehbehinderung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Hörminderung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

<b>Verhalten</b>	<b>Wohn- und Soziale Situation</b>	<b>Vorhandene Hilfsmittel</b>
<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> Alten-/ Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Handstock / Unterarmstütze
<input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> Wohnung bzw. Haus oder Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> verwirrt / aggressiv	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> mit Partner	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Prothese
<input type="checkbox"/> motorisch unruhig	ambulante Pflege                      Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> andere, welche?
<input type="checkbox"/> Weglauftendenz	Besteht eine Betreuung?                      Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Kontaktperson (Tel., Adresse)	<b>Frühestmöglicher Verlegungszeitpunkt</b>
	<input type="checkbox"/> Rücksprache erwünscht unter Telefon

<b>Anmeldungs-begründende Therapieziele:</b>	<b>Absender (Telefon für eventuelle Rückfragen, Stempel)</b>
<input type="checkbox"/> Transfererleichterung / Pflegeerleichterung	
<input type="checkbox"/> Verbesserung der Mobilität	
<input type="checkbox"/> Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit	
<input type="checkbox"/> Rückkehr in die Häuslichkeit	
<input type="checkbox"/> andere Ziele: _____	
	<b>Unterschrift anmeldender Arzt</b>
	<input type="checkbox"/> Bitte neue Formulare zusenden