

## **Anmeldung für Akutgeriatrie** - per Fax an 0351 8562272

Alternativ auch aktuelle Epikrise senden

**Krankenkasse**

**Anmeldung durch:**

Klinik / Hausarzt / .....

**Name, Vorname des Patienten**

**geb. am**

Tel.:

Fax:

**Anschrift:**

Verlegung möglich ab:

**Hauptdiagnose:**

(bei OP oder Akutereignis bitte mit Datum)

Alternativ auch aktuelle Epikrise senden

**Relevante Nebendiagnosen:**

**Wohnsituation bisher:**

- Vollständig selbständig
- Wohnung noch verlassen
- Pflegeheim
- Pflegegrad:

**Aktuelle Mobilität:**

- bettlägerig                       Bettrandsitz
- rollstuhlmobil                       Laufen mit / ohne HM

**Bei Frakturen:**

- Vollbelastung möglich?
- Teilbelastung von ..... kg. Bis wann?
- Fehlende Belastbarkeit

**Weitere Besonderheiten:**

**Besonderheiten:**

Isolationsbedürftige Keime:

Welche?

Lokalisation?

- Dialyse erforderlich
- Dysphagie
- Heimbeatmung
- Sauerstoffbedarf
- schwere Demenz
- starke Unruhe
- Weglaufgefahr

**Rücksprachen unter: Klinik für Akutgeriatrie - Station S 204 (MK6)**

Industriestr. 40, 01129 Dresden

Tel: 0351 856-2270 bzw. 2276

Fax: 0351 856-2272

Datum: