SOPHIEN UND HUFELAND KLINIKUM WEIMAR

FAX – PATIENTENANMELDUNG IN DER KLINIK FÜR GERIATRIE DURCH DEN HAUSARZT

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege!

Wenn Sie einen Ihrer Patienten zur geriatrischen Behandlung anmelden möchten, können Sie dies mit diesem Formular tun. Schicken Sie das ausgefüllte Formular bitte an folgende FAX-Nr. 03643 57-3302. Innerhalb eines Werktages werden Sie von uns kontaktiert und erhalten ein Aufnahmedatum.

Patientendaten	
Name, Vorname, geb.	
Hauptdiagnose	
Nebendiagnosen	

Status vor Erkrankung

o allein lebend	o selbstständig	o eigene Wohnung
o mit Angehörigen	o hilfsbedürftig	o betreutes Wohnen
		o Kurzzeitpflege _____
		o Pflegeheim _____

Pflegegrad: o nein, _____ o Pflegedienst _____

Ansprechpartner (mit Telefonnummer)

Der Patient ist					
	motiviert	o ja	o nein	geh-fähig	o selbstständig
	orientiert	o ja	o nein		o mit Hilfe
					o nicht gehfähig
					o Rollstuhl

Weitere Besonderheiten

Anmelder (Stempel) Datum _____

Tel-Nr. für Rücksprache Unterschrift _____