

<b>Geriatrie stationäre Behandlung</b> <input type="checkbox"/> <b>Angiologie stationäre Behandlung</b> <input type="checkbox"/> Tel. 040 - 50 77 32 41 Fax 040 - 50 77 33 61 Elisabeth-Flügge-Straße 1 22337 Hamburg		<b>Tagesklinik Geriatrie</b> <input type="checkbox"/> Tel. 040 - 50 77 39 52 Fax 040 - 50 77 48 78 Elisabeth-Flügge-Straße 1 22337 Hamburg	
Name:		Tel. Nr.	
Adresse:			
Krankenkasse:		Geb. Datum:	
Angehörige:		Tel. Nr.	
Hausarzt:		Tel. Nr.	
Übernahme gewünscht ab:			
Hauptdiagnosen:			
relevante Nebendiagnosen:			
Stütz- und Bewegungsapparat:			
Vollbelastung: <input type="checkbox"/>		Teilbelastung: <input type="checkbox"/> Kg	
Innere Organe:			
Herz-Kreislauf:			
ZNS und Psyche: <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Depression			
Desorientiert: Ja <input type="checkbox"/>		Nein <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/>	
Mobilität vor Erkrankung:		Mobilität aktuell:	
Kognition vor Erkrankung:		Kognition aktuell:	
Häusliche Situation:			
aktuelle Infektion: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		Diarrhoe Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Multiresistente Keime:		Lokalisation	
spezielle Medikamente:			
Anmeldung durch:		Tel. Nr.	
Erstellung	Abteilung	Datum	Lenkung Dokument
PD Dr. C. Kügler, S. Schaper	Geriatrie	23.02.2018	FB 7.GER.002