



Anmeldung von Patienten im Evangelischen Zentrum für Altersmedizin

im Krankenhaus:

Tel.: 0331. 2777 411 / Fax: 0331. 2777 444 / E-Mail: info@altersmedizin-potsdam.de

in der Tagesklinik:

Tel.: 0331. 2777 410 / Fax: 0331. 2777 404 / E-Mail: tk-schwester@altersmedizin-potsdam.de

Datum der Anmeldung:	
----------------------	--

Vor- und Zuname des Patienten:	
Geburtsdatum:	

Hauptdiagnose:			
Behandlungsauftrag für die Akutgeriatrie:			Barthel-Index: Pflegegrad:
relevante Nebendiagnosen			
psych. Auffälligk./Demenz			MMSE:
Infektionen/Keime	Zimmerisolierung z. B. MRSA, Noro-/Rotaviren, Pseudomonas in der Lunge, MRE		<input type="checkbox"/>
	Bettisolierung z. B. ESBL, Clostridien, Pseudomonas in der Wunde		<input type="checkbox"/>
Dialysepatient			
Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	Trachealkanüle	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Port	<input type="checkbox"/>	ZVK	<input type="checkbox"/>

Wahlleistung	<input type="checkbox"/> CA-Behandlung
--------------	--

Wunschtermin Aufnahme:	
Rückrufnummer:	

Name Anmeldender:

Unterschrift:

<p style="text-align: center;">Zusage</p> <p style="text-align: center;"><u>wird vom EZA ausgefüllt</u></p>	<p>geplante Aufnahme am:</p> <p>Rückmeldung erfolgt am/an:</p> <p>Anmerkungen:</p>
---	--