



## Anmeldung von Patienten im Evangelischen Zentrum für Altersmedizin

**im Krankenhaus, Weinbergstraße 18-19, 14469 Potsdam:**

Tel.: 0331. 2777 411 / Fax: 0331. 2777 444 / E-Mail: [aufnahme.kh@altersmedizin-potsdam.de](mailto:aufnahme.kh@altersmedizin-potsdam.de)

**in der Tagesklinik (TK), Allee nach Sanssouci 7, 14471 Potsdam:**

Tel.: 0331. 2777 430 / Fax: 0331. 2777 444 / E-Mail: [aufnahme.tk@altersmedizin-potsdam.de](mailto:aufnahme.tk@altersmedizin-potsdam.de)

Datum der Anmeldung:	
Vor- und Zuname des Patienten:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefonnummer des Patienten:	

<b>Einweisender Arzt</b> , ggf. KH		Tel.:
<b>Hauptdiagnose:</b>		
<b>Behandlungsauftrag für die Akutgeriatrie:</b>		Barthel-Index: Pflegegrad:
<b>relevante Nebendiagnosen</b>		
<b>psych. Auffälligk./Demenz</b>		MMSE:
<b>Häusliche Versorgung</b> Bei TK-Anmeldungen bitte unbedingt ausfüllen	<input type="checkbox"/> Häusliche Versorgung ist organisiert <input type="checkbox"/> HKP welche: <input type="checkbox"/> Angehörige <b><u>Kontaktdaten:</u></b>	
<b>Infektionen/Keime</b> in Tagesklinik nicht möglich	<b>Zimmeriso.</b> z. B. MRSA, bei Noro-/Rotaviren <input type="checkbox"/>	
	Pseudomonas in der Lunge, MRE, Clost. diff.	
	<b>Bettisolierung</b> z. B. ESBL, <input type="checkbox"/>	
<b>Dialysepatient</b> in Tagesklinik nicht möglich	<input type="checkbox"/> wenn dialysepflichtig, bitte vorab telefonische Rücksprache	
<input type="checkbox"/> Life Vest		
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle	
<input type="checkbox"/> Port	<input type="checkbox"/> ZVK	
<input type="checkbox"/> PEG/PEJ	<input type="checkbox"/> Sondenkost welche?	
<input type="checkbox"/> Anus praeter	<input type="checkbox"/> Insulin Selbstinjektion	Ist der Patient geschult?
<b>Wahlleistung</b>	<input type="checkbox"/> CA-Behandlung	

<b>Wunschtermin Aufnahme:</b>	
<b>Tel.-Nr.</b> Pflegesekretariat Station	

**Name Anmeldender:**

**Unterschrift:**

**Station/Fachbereich:**