



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 (TK):

Tel.: 0331. 2777 430 / Fax: 0331. 23 700 040 / E-Mail: tk-schwester@altersmedizin-potsdam.de

Datum der Anmeldung:			
Vor- und Zuname des Patienten:			
Geburtsdatum:			
Anschrift:			
Telefonnummer des Patienten:			
Hauptdiagnose:			
Behandlungsauftrag für die Akutgeriatrie:			Barthel-Index: Pflegegrad:
relevante Nebendiagnosen			
psych. Auffälligk./Demenz			MMSE:
Häusliche Versorgung <i>Bei TK-Anmeldungen bitte unbedingt ausfüllen</i>	Selbst <input type="checkbox"/>	HKP <input type="checkbox"/>	welche: <input type="checkbox"/>
	Angehörige <input type="checkbox"/>	<u>Kontaktdaten:</u>	
Infektionen/Keime <i>in Tagesklinik nicht möglich</i>	Zimmeriso. z. B. MRSA, bei Noro-/Rotaviren Pseudomonas in der Lunge, MRE, Clost. diff.		<input type="checkbox"/>
	Bettisolierung z. B. ESBL, Pseudomonas in der Wunde		<input type="checkbox"/>
Dialysepatient <i>in Tagesklinik nicht möglich</i>	<input type="checkbox"/>		
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>Zusage <u>wird vom EZA ausgefüllt</u></p>	<p>geplante Aufnahme am:</p> <p>Rückmeldung erfolgt am/an:</p>
--	--