



Anmeldung von Patienten im Evangelischen Zentrum für Altersmedizin

im Krankenhaus, Weinbergstraße 18-19, 14469 Potsdam:

Tel.: 0331. 2777 411 / Fax: 0331. 2777 444

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

Tel.: 0331. 2777 430 / Fax: 0331. 2777 444

Datum der Anmeldung:			
Vor- und Zuname des Patienten:			
Geburtsdatum:			
Anschrift:			
Telefonnummer des Patienten:			
Einweisender Arzt, ggf. KH			Tel.:
Hauptdiagnose:			
Behandlungsauftrag für die Akutgeriatrie:			Barthel-Index: Pflegegrad:
relevante Nebendiagnosen			
psych. Auffälligk./Demenz			MMSE:
Häusliche Versorgung <small>Bei TK-Anmeldungen bitte unbedingt ausfüllen</small>	Selbst <input type="checkbox"/>	Angehörige <input type="checkbox"/>	HKP <input type="checkbox"/> welche: <u>Kontaktdaten:</u>
Infektionen/Keime <small>in Tagesklinik nicht möglich</small>	Zimmeriso. z. B. MRSA, bei Noro-/Rotaviren <input type="checkbox"/>		Pseudomonas in der Lunge, MRE, Clost. diff. <input type="checkbox"/>
	Bettisolierung z. B. ESBL, <input type="checkbox"/>		Pseudomonas in der Wunde <input type="checkbox"/>
Dialysepatient <small>in Tagesklinik nicht möglich</small>	<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:

Station/Fachbereich:

Zusage <u>wird vom EZA ausgefüllt</u>	geplante Aufnahme am:
	Rückmeldung erfolgt am/an: