

Anmeldung geriatrische Verlegung

Formular/Checkliste für dringende und geplante Verlegung

Absender	Anfragendes Krankenhaus:	Anfragender Arzt:	Datum:
Patientendaten	Name:	Ggf. Patientenaufkleber	
	Vorname:		
	Geburtsdatum:		
Diagnose	Hauptdiagnose:	OP am:	
	Nebendiagnose:		
Befunde	<input type="checkbox"/> ITS > 3 Tage	<input type="checkbox"/> resistente Keime	<input type="checkbox"/> Komplikationen
Übernahmewunsch	Datum:		
Bisherige häusliche Versorgung	<input type="checkbox"/> ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> mit Pflegedienst	<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Orientierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Rehafähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bedingungen für geriatrische Patienten	<input type="checkbox"/> Alter > 70 Jahre		
	<input type="checkbox"/> eine medizinisch behandlungsbedürftige Hauptdiagnose		
	<input type="checkbox"/> mindestens zwei Nebendiagnosen (behandlungs- und diagnostikbedürftig)		
	<input type="checkbox"/> Einschränkung der Mobilität		
	<input type="checkbox"/> Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit		
	<input type="checkbox"/> oder: Alter > 80 Jahre		
	<input type="checkbox"/> eine medizinisch behandlungsbedürftige Hauptdiagnose		
Bitte mitbringen	<input type="checkbox"/> Arztbrief	<input type="checkbox"/> bundeseinheitlicher Medikationsplan	
	<input type="checkbox"/> Röntgenbefunde/CT/MRT	<input type="checkbox"/> Chipkarte	
	<input type="checkbox"/> aktuelle Laborbefunde	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht/Betreuungsvollmacht	
	<input type="checkbox"/> Überleitungsbogen Pflege		
Ansprechpartner	Klinik für Geriatrie	Station 14	
	Auenweg 38, 06847 Dessau-Rosslau Chefarzt: Pawel Strzelczyk	Stationsleitung: Frau Horvath Tel. 0340 501-4620, Fax: 0340 501-4629	