



Klinik für Geriatrie / Altersmedizin
Standort Evang. Krankenhaus Essen-Werden
Direktor der Klinik Dr. D. Schütz
Pattbergstraße 1-3
45239 Essen

Fax-Nummer: 0201 4089 37500

Telefon: 0201 4089 37501

Anmeldung zur Akutgeriatrischen Behandlung

Patientendaten (Aufkleber): Name, Vorname: Straße: Wohnort: Geburtsdatum: Aufnahmedatum:	Aktuelle Diagnose: Nebendiagnosen:
--	---

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Barthel-Index: (0-100 Punkte)	ISAR-Screening: (0-6 Punkte)
---	--

Infektions-Status (Wenn zutreffend, bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> ESBL MRGN 3 | <input type="checkbox"/> ESBL MRGN 4 |
| <input type="checkbox"/> Clostridium difficile | <input type="checkbox"/> VRE | <input type="checkbox"/> Noro / Rota |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | <input type="checkbox"/> Offene Wunden | <input type="checkbox"/> Infektfrei |

Organisatorisches:

- Versicherungsstatus GKV PKV
- Wurde ein Reha-Antrag gestellt?** Ja Nein

Nach Operation (Wenn zutreffend, bitte ankreuzen)

- Vollbelastung Teilbelastung Keine Belastung

Bemerkungen:

Wunschtermin zur stationären Aufnahme: _____

Name/Telefonnummer

Telefonnummer Station
(Bitte für weitere Rückfragen angeben)

Klinikstempel

Unsere telefonische Rückmeldung erfolgt zeitnah.