



**EVANGELISCHES KRANKENHAUS**  
KÖNIGIN ELISABETH HERZBERGE

**Anmeldung zur stationären geriatrischen Frührehabilitation**

**Evangelisches Krankenhaus  
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**  
Herzbergstraße 79  
10365 Berlin  
Abteilung für Geriatrie  
Chefärztin  
S. Kröschel  
**Einweisertelefon:**  
T 030/54725607  
Mo-Do.: 8:00-14:00  
Fr.: 8:00-13:00  
Fax: 030/5472299617

Absender : Bitte leserlich mit Mailadresse und Rückrufnummer

Name des Patienten + Geburtsdatum

**Gewünschter Übernahmetermin:**

**Hauptdiagnose und ggf. Komplikationen:**

---

---

---

**Relevante Nebendiagnosen:**

---

---

**Ausstehende Diagnostik:**

---

---

**Bitte unbedingt Laborwerte und Epikrise mitsenden!**



**EVANGELISCHES KRANKENHAUS**  
KÖNIGIN ELISABETH HERZBERGE

Name, Vorname des Patienten

<b>COVID-19 Status:</b>	genesen <input type="checkbox"/>	unbekannt <input type="checkbox"/>
<b>Impfstatus:</b>	ungeimpft <input type="checkbox"/>	geimpft <input type="checkbox"/> Anzahl _____
<b>Isolationspflichtig?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>MRE?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Sonstige Erreger?</b>	Lokalisation: _____	
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Wunden?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Lokalisation: _____	
<b>Dekubitus?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Lokalisation und Grad: _____	
<b>Dialyse?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Rhythmus: <input type="checkbox"/> MO/MI/FR <input type="checkbox"/> DI/DO	
<b>Barthelindex</b> _____ Punkte	<b>Pflegegrad</b> _____	
<b>Kann Patient/in laufen?</b>	<input type="checkbox"/> allein	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nein
<b>Selbständiges Essen/Trinken?</b>	<input type="checkbox"/> allein	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nein
<b>Selbständiges An-/Auskleiden?</b>	<input type="checkbox"/> allein	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> nein
<b>Orientierung?</b>	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> desorientiert
<b>Demenz vorbekannt?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittelgradig <input type="checkbox"/> fortgeschritten	
<b>Hinlauftendenz?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Amtliche Betreuung/VSV?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Bisherige Wohnsituation</b>	<input type="checkbox"/> Häuslichkeit <input type="checkbox"/> Seniorenwohnheim <input type="checkbox"/> Pflege-WG/Demenz-WG <input type="checkbox"/> bei Angehörigen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	



**EVANGELISCHES KRANKENHAUS**  
KÖNIGIN ELISABETH HERZBERGE

---

**Evangelisches Krankenhaus  
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH**  
Herzbergstr. 79  
10365 Berlin

**Geschäftsführung**  
Michael Mielke (Vorsitz)  
Pastorin Andrea Wagner-Pinggéra

**Aufsichtsrat**  
Pastor Ulrich Pohl (Vorsitz)  
Sitz Berlin  
AG Charlottenburg HRB 77945

**Bankverbindung** KD-Bank e.G.  
BIC GENODED1DKD  
IBAN DE 67 3506 0190 1560 1430 16  
USt-IDNr.: DE126950211