



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

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