

**Geriatrische Abteilung**  
 Chefarzt Dr. med. Hauke Helwig

**Datum:**

**Bitte Fax an: 04361 513 146**

(Patientenetikett) Name: ..... Vorname: ..... Geb.-Datum: ..... Wahlleistung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Absender: ..... Ansprechpartner: ..... Telefon: ..... Unterschrift: ..... <u>Telefon der Station:</u> ..... Gewünschter Verlegungstermin: .....
<b>Hauptdiagnose / Verlauf:</b>    	<b>Weitere Diagnosen:</b>    
<b>Bei Frakturen:</b>  <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung  mit ..... kg für ..... Wochen	
<b>Soziale Situation vor Erkrankungsbeginn:</b>  <input type="checkbox"/> wohnt alleine <input type="checkbox"/> wohnt im Altenheim <input type="checkbox"/> mit Angehörigen Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<b>Orientierung des Patienten aktuell:</b>  <input type="checkbox"/> voll orientiert <input type="checkbox"/> partiell orientiert <input type="checkbox"/> desorientiert bekannte Demenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Sozial: <input type="checkbox"/> ausreichend versorgt <input type="checkbox"/> unzureichend versorgt
<b>Voraussetzungen:</b>  <input type="checkbox"/> kann mit Hilfsmitteln gehen/ selbstständig mobil <input type="checkbox"/> kann mit Taxi anreisen <input type="checkbox"/> kann selbstständig essen  => sofern nicht gegeben → stationäre Einweisung erwägen!	<b>Multiresistente Erreger:</b>  <input type="checkbox"/> positiv – Spezies: ..... <input type="checkbox"/> negativ
<b>Besonderes / Rehaziel:</b>    	