

Absender (Stempel):
Krankenhaus/Institution/Praxis



**Sana Krankenhaus
Templin**

Chefarzt Dr. med. A. Matranga

FA für Innere Medizin
Zusatzbezeichnung Geriatrie und
Palliativmedizin
SP Gastroenterologie

Telefon: 03987 42-231

Telefax: 03987 42-494

E-Mail: geriatrieanmeldung.SKT@sana.de

Anmeldung geriatrischer Patienten

☐ **Stationäre Aufnahme**

Aufnahmedatum ab: _____

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Derzeitiger Aufenthaltsort:

Rückrufnummer:

Angehöriger/ Telefonnummer:

Hauptdiagnose/Einweisungsgrund:

Nebendiagnosen:

Anamnese:

Pflegedienst: ☐ ja ☐ nein

Firma: _____

Telefonnummer: _____

Wahlleistung: ☐ nein ☐ ja, welche:
☐ **Chefarzt**

Isolationspflicht: ☐ ja ☐ nein
(MRSA, ESBL, Clostridien, Diarrhoen)

Abweichung von der Standardmedikation
(z. B. Chemotherapie)

☐ nein ☐ ja, welche

Dialyse

☐ nein ☐ ja, welche

Hausarzt (Adresse, Telefonnummer):

Soziales Umfeld ⇒ Bezugspersonen; Sozialstation (Adresse, Telefonnummer):

Bitte alle radiologischen Unterlagen sowie Kurzepikrisen unbedingt mitschicken! Herzlichen Dank!