



Absender (Stempel):
Krankenhaus/Institution/Praxis

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: _____

Pflegedienst: ja nein

Name des Patienten:

Firma: _____

Geburtsdatum:

Telefonnummer: _____

Anschrift:

Wahlleistung: nein ja, welche:
 Chefarzt

Derzeitiger Aufenthaltsort:

Rückrufnummer:

Angehöriger/ Telefonnummer:

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

Hauptdiagnose/Einweisungsgrund:

Abweichung von der Standardmedikation
(z. B. Chemotherapie)

nein ja, welche

Dialyse

nein ja, welche

Nebendiagnosen:

Anamnese:

Hausarzt (Adresse, Telefonnummer):

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

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