

**Absender (Stempel):  
Krankenhaus/Institution/Praxis**



**Sana Krankenhaus  
Templin**

**Chefarzt Dr. med. A. Matranga**  
FA für Innere Medizin - ZB Geriatrie

**Leiter der geriatrische Tagesklinik  
Dr. med. G. Müller**

FA für Innere Medizin - ZB Geriatrie

Telefon: 03987 42-301

Telefax: **03987 42-494**

E-Mail: geriatricanmeldung.SKT@sana.de

## Anmeldung geriatrischer Patienten

**Teilstationäre Aufnahme**

**Aufnahmedatum ab:** \_\_\_\_\_

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Derzeitiger Aufenthaltsort:

Telefon:

Angehöriger/ Telefonnummer:

**Krankenkasse:**

**Hauptdiagnose:**

**Nebendiagnosen:**

**Anamnese:**

**Pflegedienst:**  ja  nein

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

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

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

**Abweichung von der Standardmedikation**  
(z. B. Chemotherapie/Antibiose)

nein  ja, welche

**Impfung gegen SARS-CoV-2**

**Vollständig**  ja  nein  
**Vollständiger Impfstatus erreicht**  
**am:**

**Genesen am:**

**Letzter negativer PCR-Test gegen SARS-CoV-2 am:**

\_\_\_\_\_  
Hausarzt (Adresse, Telefonnummer):

\_\_\_\_\_  
Angehörige (Adresse, Telefonnummer):

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

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

Freigabe: 30.01.2024

Version: 2

Freizeichner: gez. Dr. Andrea Matranga – Chefarzt Klinik für Innere Medizin Geriatrie

Seite 1 von 1