



Sana Krankenhaus Gottesfriede Woltersdorf gGmbH
Fachklinik für Innere Medizin/ Geriatrie
Schleusenstr. 50

15569 Woltersdorf

Absender: Klinik oder Hausarztpraxis – Stempel -

Datum:

Station:

Telefon:

Telefax:

Arzt:

Medizinisches Gutachten zur Anmeldung

für die Aufnahme in die

gewünschter Aufnahmetermin: _____

vollstationäre geriatrische Behandlung

teilstationäre geriatrische Behandlung (Tageskliniken: Woltersdorf, Strausberg, Fürstenwalde)

Bitte Kostenträger eintragen:

Patient allgemein versichert: _____

Patient privat versichert: _____ Basistarif mit Wahlleistung

Patient privat zusatzversichert: _____

Wahlleistung

teil-/stationäre Wahlleistung Chefarztbehandlung 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthaltsort: _____

Soziales Umfeld/ Unterstützung (Adresse, Telefon)

Angehörige: _____

Sozialstation: _____

Bewohner stat. Pflegeeinrichtung: ja nein

Pflegegrad: ja, Grad: ____ nein

vorbehandelnder Hausarzt (Adresse, Telefon): _____

Zentrales Patientenmanagement: Anmeldung und Information
vollstationäre geriatrische Behandlung (Krankenhaus)
teilstationäre geriatrische Behandlung (Tageskliniken)

Tel.: 03362/ 779-222

Tel.: 03362/ 779-223

Fax: 03362/ 779-333

<https://www.sana.de/woltersdorf>
anmeldung-woltersdorf@sana.de

Homepage und Download der Anmeldeformulare:
E-Mail:

Name des Patienten: _____

Hauptdiagnose: _____ vom _____

Relevante Nebendiagnosen / Medizinische Probleme:

OP-Datum: _____

- Bei Fraktur: vollbelastbar
 teilbelastbar
_____ kg
 übungstabil
 Entlastung

Bitte Röntgenbilder und CT-Aufnahmen mitschicken! Danke!

Medikation:

Fähigkeitstörungen:

nicht
intakt intakt

1) Selbstversorgung	Persönliche Hygiene		
	An/Auskleiden		
	Nahrungsaufnahme		
	Urin- / Stuhl-Kontinenz		/

2) Körperliche Beweglichkeit	Bett allein verlassen		
	Bett mit Hilfe verlassen		
	Gleichgewicht		
	Sitzen		
	Beweglichkeit	Arme Beine	

3) Fortbewegung	Stehen		
	Gehen		
	Treppen steigen		

4) Kommunikation	Sprechen		
	(Sprach-)Verständnis		
	Hören		
	Sehen		

5) Verhalten	Mitwirkung bei Therapie		
	Stimmung		

6) Kognition	zeitlich _____		
	örtlich _____ orientiert		
	zur Person _____		
	situativ _____		
	Adäquates Umsetzen von Anweisungen		
	Gedächtnis		

nein ja

7) Sonstiges	Hinlauftendenz		
	Aggressives Verhalten		

aktuelles Gewicht:

Besonderheiten:
Dekubitus/ Wunden (Wo?):

Drainagen (Art):

Katheter (Art):

Sonden (Art):

Patient ist derzeit isoliert: nein ja

Aktueller Infektionsstatus:
 MRSA VRE 3MRGN 4MRGN
 anderer Erreger:

nachgewiesen in:
 Nase/ Rachen
 Wunde
 Urin
 Stuhl
 Blut
 Sputum

Durchfall: nein ja
 Erreger:

Entlassung:
 nach Hause
 stationäre Pflegeeinrichtung
 Häuslichkeit Angehöriger

Ziel des stationären/ teilstationären Aufenthaltes (Bitte unbedingt ausfüllen!):

Name/ Vorname des Patienten

Absender/ Klinikstempel:

	NEIN	JA
Wurde der Patient positiv auf Covid-19 getestet?		Datum vom 1. positiven Befund: mit Ct-Wert:
Es sind weitere Abstriche erfolgt.		(positive Befunde mit Ct-Wert angeben) vom: Datum: _____ <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv Ct-Wert: _____ Datum: _____ <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv Ct-Wert: _____ Datum: _____ <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv Ct-Wert: _____
Pat. wurde intensivmedizinisch behandelt und war beatmet		vom: _____ bis _____
Hat der/ die Patient/in aktuell respiratorische Symptome?		Welche? <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Halsschmerzen
Wurde der Patient gegen Covid-19 vollständig geimpft?		1. Impfung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 2. Impfung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

_____ Datum

_____ Unterschrift