



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

**15569 Woltersdorf**

Absender: Klinik oder Hausarztpraxis – Stempel -

Datum:

Station:

Telefon:

Telefax:

Arzt:

## Anmeldebogen

für die Aufnahme in die

vollstationäre geriatrische Behandlung

teilstationäre geriatrische Behandlung

**gewünschter Aufnahmetermin:**

Bitte Kostenträger eintragen:

Patient allgemein versichert: \_\_\_\_\_

Patient privat versichert: \_\_\_\_\_  Basistarif  mit Wahlleistung

Patient privat zusatzversichert: \_\_\_\_\_

### Wahlleistung

Chefarztbehandlung  1-Bett-Zimmer  2-Bett-Zimmer

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Soziales Umfeld/ Unterstützung (Adresse, Telefon)

Angehörige: \_\_\_\_\_

Sozialstation: \_\_\_\_\_

Bewohner stat. Pflegeeinrichtung:  ja  nein

Pflegegrad:  ja, Grad: \_\_\_\_  nein

Hausarzt (Adresse, Telefon):

**Belegungsmanagement:** Anmeldung und Information  
vollstationäre geriatrische Behandlung (Krankenhaus)  
teilstationäre geriatrische Behandlung (Tageskliniken)

Tel.: 03362/ 779-222

Tel.: 03362/ 779-223

Fax: 03362/ 779-333

Homepage und Download der Anmeldeformulare:

E-Mail:

<https://www.sana.de/woltersdorf>  
[anmeldung-woltersdorf@sana.de](mailto:anmeldung-woltersdorf@sana.de)

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:**

(Medikamentenplan anfügen)

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		

**Besonderheiten:**

Dekubitus/ Wunden (Wo?):

Katheter/ Drainagen/ Sonden:  nein  ja

Dialyse:  nein  ja

Patient ist derzeit isoliert:  nein  ja

**Aktueller Infektionsstatus:**

- MRSA  VRE  3MRGN  4MRGN  
 Covid, Erstbefund am:  
 anderer Erreger:

Durchfall/ Erbrechen:  nein  ja  
Erreger:

**Entlassung:**

- nach Hause  
 stationäre Pflegeeinrichtung  
 Häuslichkeit Angehöriger

**Ziel des Aufenthaltes (Bitte unbedingt ausfüllen!)**