

Patientin/Patient bitte zu **11 Uhr** verlegen  
Vorhandene **Befunde, Röntgen- und CT-Bilder** bitte mitschicken

# Anmeldebogen

St. Joseph Krankenhaus  
Berlin Tempelhof



**Anmeldende:r:** Praxis / Krankenhaus / Station

Ansprechpartner:in: Name / Tel / Fax

**Patient:in:** Frau / Herr / Name / Vorname

Geburtsdatum / Krankenkasse

ggf. stationär seit

gewünschter Aufnahmeterrmin ins SJK

Pflegegrad  1  2  3  4  5

Kontaktperson: Name / Tel  Betreuer:in  Angehörige:r  Bekannte:r

**Zusatzleistungen:**  Chefärztin  Einzelzimmer  Doppelzimmer

**Akutmedizinische Behandlungsdiagnosen/OP-Datum**

**Nebendiagnosen / Komplikationen**

**Besonderheiten**

Covid19-Impfung, wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Isolationspflicht (Keime / Körperstellen) \_\_\_\_\_

Wunden \_\_\_\_\_

Dekubitus (Grad / Körperstelle) \_\_\_\_\_

Dialyse (Häufigkeit/Rhythmus) \_\_\_\_\_

Sauerstoff  Chemotherapie/Radiatio geplant

**Spezielle/kostenintensive Medikation** \_\_\_\_\_  
(bitte Medikationsliste faxen)

**Aufenthalt in Akut-Geriatrie innerhalb der letzten 30 Tage**  Ja  Nein

**Assessment**  Barthel-Index \_\_\_\_\_

Transfere  ohne Hilfe  mit Hilfe  nicht möglich

Gehen  ohne Hilfe  mit Hilfe  nicht möglich

Treppensteigen  ohne Hilfe  mit Hilfe  nicht möglich

Körperpflege  ohne Hilfe  mit Hilfe  nicht möglich

Essen  ohne Hilfe  mit Hilfe  nicht möglich

PEG  Schluckstörung

**Klinik für Geriatrie**

**Chefärztin**  
**Dr. Rahel Eckardt-Felmborg**  
geriatrie@sjk.de  
**www.sjk.de**  
030 7882-4900 · Fax -4903  
Wüsthoffstraße 15 · 12101 Berlin

**Bei Stornierung oder Terminverschiebung bitten wir dringend um telefonische Absage. Vielen Dank!**

**Bisheriger Wohnort**

- zu Hause:
- alleine
  - mit Bezugsperson
  - mit Laienhilfe
  - mit professioneller Hilfe
- Versorgungseinrichtung

**Reha-Potential**

gut  mäßig  schlecht

Motivation

gut  mäßig  schlecht

**Verhaltensauffälligkeit**

ja  nein  zeitweise

Delir  Demenz

**Kontinenz**

kontinent

harninkontinent

stuhlinkontinent

Dauerkatheter

Stoma