



**Anmeldung
zur geriatrischen Behandlung**

KLINIK FÜR GERIATRIE

DR. MED. ANDREAS BACKES
Chefarzt
Facharzt für Innere Medizin
Klinische Geriatrie
Ernährungsmedizin
Palliativmedizin
Notfallmedizin
Ärztlicher Wundexperte ICW

Zertifizierte Zentren

Zentrum für Alterstraumatologie

58097 Hagen | Dreieckstraße 17
Tel.: (0 23 31) 805 - 9941
Fax: (0 23 31) 805 - 853
Mail: geriatrie@kkh-hagen.de
www.kkh-hagen.de

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

die geriatrische Abteilung des St.-Josefs-Hospitals behandelt ältere Patienten mit akuten oder postakuten Erkrankungen aus den Bereichen der Inneren Medizin, der Unfallchirurgie/ Allgemeinchirurgie und der Neurologie.

Das Ziel der Behandlung ist, durch intensiven Einsatz therapeutischer Maßnahmen eines multi-professionellen Behandlungsteams, die funktionellen Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags wieder zu erreichen.

Um diese Behandlung optimal durchführen zu können, senden Sie uns bitte die vollständig ausgefüllte Anmeldung per Fax zu.
Sie bekommen unsererseits eine schnellstmögliche Rückmeldung.

Kontaktieren Sie uns gerne bei Fragen.

Herzlichst,

Dr. med. A. Backes
Chefarzt der Klinik für Geriatrie

Mitglied Bündnis Modellregion Hygiene Ruhrgebiet und des MRE-Netzwerkes Hagen.
Träger des MRE-Qualitäts- und Transparenzsiegels NRW

Angaben zum Patienten (Pat.etikett)

Name: _____
Geb. Datum: _____
Straße: _____
Telefon: _____
Wohnort: _____
Krankenkasse: _____ privat

Angehörige: _____
Tel.: _____

Betreuer: _____
Tel.: _____

Hausarzt: _____

Bestehender Pflegegrad? nein ja – Grad 1 2 3 4 5
beantragt am: _____

stationär seit: _____

Diagnosen:

Aktuelle Infektionen: MRSA ja nein Clostridien ja nein
Sonstige isolierungspflichtige Infektionen (z. B. Noroviren, 4 MRGN, VRE, ...): ja
 nein

Bei Fraktur: OP-Datum _____ Vollbelastung
 übungstabil unter Belastung
 belastungstabil mit _____ kg

Frühestmögliches Übernahmedatum: _____ stationär

Ansprechpartner für Rückfragen (Telefon):

Station: _____ (für medizinische/pflegerische Information)

Überleitungsmanagement: _____ (für Terminabsprache)

Unterschrift des Arztes und Stempel: _____

**Bitte zurückfaxen an 02331/805-853
Bei Rückfragen Tel.: 02331/805-9941**

Anmeldende Klinik

Klinik: _____
Adresse: _____

Telefon: _____