



Universitätsklinikum Jena · Klinik für Geriatrie · Postfach · 07740 Jena

Anmeldung zur stationären Behandlung

(Fax: 03641 – 9 34902)

Praxisstempel

Kontaktdaten:

Name des Patienten: _____

geb. am: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Bezugsperson (Vorsorgebevollmächtigter): _____

- Patient befindet sich derzeit: Zuhause
- Altenheim → Wohnbereich Pflegebereich
- Krankenhaus (Name: _____)
- Reha-Klinik (Name: _____)
- sonstiges: _____

- Versorgung des Patienten zuhause: selbst
- mit Hilfe von: Angehörigen Sozialdienst
- Sonstige: _____

Pflegestufe: I II III

Hauptdiagnosen: 1. _____

2. _____

3. _____

Nebendiagnosen: 1. _____

2. _____

3. _____

Gedächtnisprobleme Weglaufgefährdet

Motivation:

Initiative geht aus von: Patient Angehörigen Arzt Sonstige: _____

Welches Ziel soll erreicht werden:

Mobilität:

Hilfsmittel des Patienten: Rollstuhl Rollator Gehstützen Sonstiges _____

Sonstiges: _____

Datum / Unterschrift: _____