

Anmeldebogen

zu senden per Fax an 0345 778-6442

- Anmeldung für stationäre Akutgeriatrie
 Geriatrische Tagesklinik
 (Zustimmung der Krankenkassen erforderlich)

Patientendaten:
 (inkl. Krankenkasse)

Anmeldende/r Ärztin/Arzt: _____ Telefon: _____
 Krankenhaus-Abteilung: _____
 Hausarzt: _____ Telefon: _____
 Angehöriger / aml. Betreuer: _____ Telefon: _____

Hauptdiagnose (ggf. mit resultierenden Defiziten, OP-Datum)

Aktueller akutmedizinischer Behandlungsbedarf:

Nebendiagnosen:

Ziel der frührehabilitativen Behandlung:

Notizen zum bisherigen Verlauf / Aktuelle Probleme:

Verhalten	<input type="checkbox"/> ruhig/ kooperativ	<input type="checkbox"/> unruhig
Mitwirkung bei Pflege/Therapie	<input type="checkbox"/> entwickelt Eigeninitiative	<input type="checkbox"/> aktiv nach Aufforderung
	<input type="checkbox"/> passiv	
Kardio-pulmonale Belastbarkeit	<input type="checkbox"/> keine Einschränkungen	<input type="checkbox"/> NYHA-Stadium ____
Orientierung	<input type="checkbox"/> unbeeinträchtigt	<input type="checkbox"/> zeitweise gestört <input type="checkbox"/> schwer gestört
Weglauffähigkeit:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Andere Sonde	<input type="checkbox"/> Essen unter Aufsicht
Neuropsycholog. Störung	<input type="checkbox"/> Aphasie <input type="checkbox"/> Dysarthrie <input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> Pusher-Syndrom
Multiresistente Keime	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> 4MRGN	<input type="checkbox"/> VRE
	<input type="checkbox"/> Andere: _____	
	Lokalisation _____	
Mobilität	<input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Sitz Betrand <input type="checkbox"/> Transfer m. Hilfe <input type="checkbox"/> Transfer selbständig	
	<input type="checkbox"/> rollstuhlstabil <input type="checkbox"/> rollstuhl mobil <input type="checkbox"/> gehfähig mit HM <input type="checkbox"/> ohne HM gehfähig	
Bei traumat./orthop. Pat.	<input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung _____ kg	Bis wann? _____
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> O2-Bedarf <input type="checkbox"/> Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Dekubitus; Stadium ____	
	<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung	
Gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> angeregt <input type="checkbox"/> Ja; Betreuer: _____	
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Beantragt
Bisherige Versorgung	<input type="checkbox"/> Allein zu Hause <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Pflegeheimantrag gestellt

Datum der Anmeldung: _____ Gewünschtes Aufnahmedatum: _____

Unterschrift:

Um Rückfragen und Doppeluntersuchungen zu vermeiden, wird gebeten, der/dem Patientin/en bei Verlegung alle wichtigen medizinischen Informationen mitzugeben (z.B. Epikrisen, aktueller Medikamentenplan, Laborbefunde, technische Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder (CD-Rom)).

Füllt die Klinik für Geriatrie aus:
 Übernahme geplant für den: _____ Hdz.: _____