

Anmeldung

- für Akutgeriatrie
 Geriatriische Tagesklinik

Fachklinik für Akutgeriatrie
FAX: 05251/401-890
Telefon: 05251/401-7021

Aufnahmetermin:

Wahlleistung: CA-Behandlung 1-Bett 2-Bett

Name/Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift:

Krankenkasse:

Angehöriger/Ansprechpartner:

Indikation zur Einweisung (HD):

Relevante Nebendiagnosen:

.....

.....

.....

Status des Patienten:

Orientierung

- Vollständig
- Eingeschränkt
- Nicht orientiert
- Hörstörung
- Sehstörung

Kommunikation

- Uneingeschränkt
- Sprachstörung
-
-

Soziale Interaktion

- Kooperativ
- Eingeschränkt
- keine Eigeninitiative

Betreuung

- Betreuung
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht

Häusliche Situation

- Alleinstehend
- Lebenspartner/in
- Einrichtung
- Ambulante Pflege

Frakturen / sonst. Einschränkungen

- Belastungsstabil
- Teilbelastung
- Vollbelastung
ab wann:

Pflegegrad

- Nein
- Ja, Pflegegrad
- Einstufung / Höherstufung
beantragt am:

Dekubitus / Nekrosen

- Nein
- Ja, welcher Grad
(Dokumentation erbeten)

MRSA / VRE / 4-MRGN / usw.

- Negativ
(Befundkopie erbeten)

Barthel-Index (aktuell)		Gesamtpunktzahl:		
		nicht möglich	mit Hilfe	selbstständig
1.	Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (10)
2.	Aufsetzen & Umsetzen	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (15)
3.	Sich waschen	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)
4.	Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (10)
5.	Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)
6.	Aufstehen & Gehen	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (10)	<input type="checkbox"/> (15)
7.	Treppensteigen	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (10)
8.	An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (10)
9.	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (10)
10.	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (10)

Bitte Ausfüllen bei Anmeldung zur **Geriatrischen Tagesklinik:**

Kann der Patient zum Transportfahrzeug gelangen (inkl. Treppen)?

- nein
 ja
 mit Hilfe

Werden Hilfsmittel verwendet?

- nein
 ja
 Rollator
 Rollstuhl
 Gehstützen
 Beinprothese

Transport mit Rollstuhl notwendig

- nein
 ja → Sondertransport

Aktuelle Medikation (oder Medikationsplan):

Medikament / Wirkstoff	morgens	mittags	abends	nachts

Wir bitten um die Zusendung der wichtigsten Befunde, des Medikationsplans und um Mitgabe der Röntgenbilder. Vielen Dank!

Einweisende Einrichtung oder Hausarzt (Stempel)
 Telefonnummer einweisender Arzt bzw. Sozialdienst

Bemerkung:

.....

