

Bitte Rückfax an Fax +49(0)681/889-2458

# Anmeldung zur stationären geriatrischen Behandlung

## Patient/-in

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Kontaktinformation Angehörige/-r .....

Kostenträger .....

Gesetzliche Betreuung/Vollmacht  Ja  Nein

Fixierungsbeschluss  Ja  Nein

Pflegegrad  Ja  Nein

Unfallchirurgische/orthopädische Versorgung  Ja  Nein

## Anmelder/-in

Einweisende/-r Ärztin/Arzt oder Klinik .....

..... Telefon .....

Frühestmögliches Verlegungsdatum .....

Telefon .....

Chefarztbehandlung  2-Bett  1-Bett  EVG gewünscht

Falls Ja, wer? .....

Falls Ja, Fixierung aktuell medizinisch erforderlich?  Ja  Nein

Falls Ja, Grad .....

Frakturen belastungsstabil?  Ja  Nein

Art der Belastungsstabilität .....

## Einweisungsdiagnose

.....

.....

.....

.....

.....

## Nebendiagnosen

.....

.....

.....

.....

.....

**Allergien** .....

.....

## Ziel der stationären geriatrischen Behandlung

.....

.....

.....

**Kognition**  Normal  Weglauftendenz  Eingeschränkt  Aggressivität

**Ernährung**  PEG  Magensonde  Schluckstörungen

**Respiration**  Normal  Sauerstoffpflichtigkeit?  Ja  Nein

**Sonstiges**  Dekubitus  Dialyse

Isolierungspflichtiger Keim (z.B. MRGN, MRSA, Norovirus)?  Ja  Nein

Falls Ja, welcher Keim? .....

Barthel Index (orientierend)			
------------------------------	--	--	--