

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

.....

Ziel der stationären geriatrischen Behandlung

.....

Kognition Normal Weglauftendenz Aggressivität **Ernährung** PEG Magensonde Schluckstörungen **Respiration** Normal Sauerstoffpflichtigkeit? Ja Nein
 Eingeschränkt Aggressivität Schluckstörungen Sauerstoffpflichtigkeit? Ja Nein
Sonstiges Dekubitus Dialyse **Isolierungspflichtiger Keim (z.B. MRGN, MRSA, Norovirus)?** Ja Nein
 Falls Ja, welcher Keim?

Barthel Index (orientierend)	Nicht möglich	Teilweise/mit Hilfe möglich	Selbstständig
Essen und Trinken	(0)	(5)	(10)
Bett/Stuhltransfer	(0)	(5)	(10)
Waschen	(0)	(5)	(10)
Toilettenbenutzung	(0)	(5)	(10)
Duschen/Baden	(0)	(5)	(10)
Gehen auf Flurebene (Rollator/Rollstuhl)	(0)	(5)	(10)
Treppensteigen	(0)	(5)	(10)
An- und Auskleiden	(0)	(5)	(10)
Stuhlkontrolle	(0)	(5)	(10)
Harnkontrolle	(0)	(5)	(10)
Gesamtsumme			