

!! BITTE MITSENDEN !!

- > Kliniken: Vorläufiger E-Brief + Barthel-Index
+ Pflegeüberleitung + Laborbefund
-> Arztpraxen: Einweisung + Medikamenten-Plan
+ ggf. relevante Vorbefunde

ZURÜCK AN: 0231 / 953 19322

Anmeldung zur geriatrischen Komplextherapie:

Patientendaten:

(Aufkleber bzw. vollständige Daten)

Kontaktdaten anfordernde Praxis/ Klinik:

Bitte unbedingt angeben!!

Versicherungsstatus:

Gesetzlich ☐

Privat ☐

☐ 1-Bettzimmer +Chefarztbeh. (W1)

☐ 2-Bettzimmer +Chefarztbeh. (W2)

☐ 1-Bett ohne Chefarztbeh. (W3)

☐ 2-Bett ohne Chefarztbeh. (W4)

☐ Chefarzt o. bes. Unterbringung

Haupt-Diagnosen:

Gewünschtes Aufnahmedatum:

Ggf. OP-Datum: _____

Pflegegrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Barthel-Index: _____ (max. 65!)

Infektionen:

☐ MRSA

☐ 3MRGN

☐ 4MRGN

☐ ESBL

☐ VRE

☐ Covid19

☐ Andere: _____

☐ Dekubitus - Wenn ja, wo:

☐ Kontraktur - Wenn ja, wo

☐ Hemiparese - Wenn ja, wo:

☐ Spez. Wundversorgung:

Funktionseinschränkungen:

☐ Psychische Störungen

☐ Demenz/ Delir

☐ Depressionen

☐ Schluckstörungen

☐ Harn-/ Stuhlinkontinenz

☐ Sehschwäche/ Blindheit

☐ Schwerhörigkeit/ Taubheit

Bei Fraktur:

☐ Teilbelastung

☐ Vollbelastung

☐ Immobilisation bis: _____

Ist der/die PatientIn in der Lage an Therapien teilzunehmen:

☐ Ja ☐ Nein

Gab es in den letzten 12 Monaten eine vollstationäre geriatrische Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann: _____