

!! BITTE MITSENDEN !!

- > Kliniken: Vorläufiger E-Brief + Barthel-Index
+ Pflegeüberleitung + Laborbefunde
-> 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-Bettzimmer ohne Chefarztbeh. (W3)

2-Bettzimmer ohne Chefarztbeh. (W4)

Chefarzt ohne bes. Unterbringung

Gewünschtes Aufnahmedatum:

Ggf. OP-Datum: _____

Pflegegrad: 1 2 3

Barthel-Index: _____ (30 - 60)

Haupt-Diagnosen:

Infektionen:

- MRSA
 3MRGN
 4MRGN
 ESBL
 VRE
 Covid19
 Andere: _____

- Dekubitus - Wenn ja, wo:
 Kontraktur - Wenn ja, wo:
 Parese - Wenn ja, wo:
 Spez. Wundversorgung:

Funktionseinschränkungen:

- Psychische Störungen
 Demenz/Delir
 Depression
 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: _____