

!! 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

Gewünschtes Aufnahme datum:

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
 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: _____