

Patientenanmeldung

Geriatric

Datum:

Bitte Fax an (0 64 04) 81 3 88

<p>(Patientendaten)</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geb.-Datum: _____</p> <p>Gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Name: _____ Tel: _____</p>	<p>Absender: _____</p> <p>Ansprechpartner: _____</p> <p>Tel.: _____</p> <p>Unterschrift: _____</p> <p>Tel. der Station: _____</p> <p>Gewünschter Verlegungstermin: _____</p>
---	--

Hauptdiagnose / Verlauf:

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen:

(z.B. Diab.mell., pAVK, KHK, Herzinsuff., COPD, Hypertonie, Arthrosen, chronische Schmerzen, rezid. Stürze, neurologische Erkrankung)

Bei Frakturen

- Vollbelastung
- Teilbelastung _____ kg _____ Wochen
- Entlastung bis Datum: _____

Ziel der geriatrischen Behandlung:

- Verbesserte Transferfähigkeit
- Gehfähigkeit ohne/mit Hilfsmittel
- Rollstuhlmobilität
- Größtmögliche ADL-Selbständigkeit

Soziale Patientensituation vor Erkrankungsbeginn

- wohnt allein oder mit hilfsbedürftigem Lebenspartner
- wohnt im Altenheim
- wohnt mit Angehörigen
- Pflegegrad 1 2 3 4 5

Orientierung des Patienten aktuell

- voll orientiert
- partiell orientiert
- desorientiert
- bekannte Demenz ja nein

Patient/in vor stationärer Aufnahme:

- selbständig mobil
- mit Hilfe mobil
- alltagsselbständig
- pflegerischer Hilfebedarf

<u>Aktuelle Alltagsfähigkeiten</u>	Selbständig	Teilweise Übernahme	Volle Übernahme
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verläßt das Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht auf Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interner Bearbeitungsvermerk

- Pat. wird aufgenommen ja nein
- Aufnahmedatum: _____
- Rückmeldung erfolgt? Datum: _____
- Bettenplanung: _____
- Kalender: _____

Hz: _____