

<b>Telefonischer Anmeldebogen</b> Tel. 03443-401806 Fax:03443-401034					
Anmelder mit Tel.- Nr.: _____					
Pat.-Name: _____			Geb. Datum: _____		
Adresse: _____					
<b>Diagnosen:</b>					
<b>Aktuelle Problematik / Zielstellung</b>					
<b>Bei Frakturen/ Gelenkersatzoperationen ist die Extremität:</b>					
<input type="checkbox"/> vollbelastbar		<input type="checkbox"/> nicht belastbar			
<input type="checkbox"/> mit einer Teilbelastung von kg belastbar bis zum _____					
<b>Infektionen:</b>					
<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> 3MRGN/4MRGN			
<input type="checkbox"/> Clostridien		<input type="checkbox"/> VRE			
<input type="checkbox"/> Noroviren		<input type="checkbox"/> Salmonellen			
<input type="checkbox"/> Rotaviren		<input type="checkbox"/> MRSA			
<b>bisherige Versorgung</b>					
<input type="checkbox"/> im eigenen Haushalt		<input type="checkbox"/> alleinlebend			
<input type="checkbox"/> bei Angehörigen		<input type="checkbox"/> Hilfe durch Pflegedienst			
<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen		<input type="checkbox"/> Pflegeheim			
<b>Ist die Rückkehr in die bisherige Umgebung gewünscht oder realistisch?</b>					
<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> zweifelhaft		<input type="checkbox"/> nein	
<b>Leistungen der Pflegeversicherung</b>					
<input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt		<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1		<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3		<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4		<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	
<b>Barthel- Index:</b> vom:					
<b>Ist der Patient/ in:</b>					
orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	sitzstabil	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
motiviert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	stehfähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	gehfähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
cognitiv eingeschränkt				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>mit Verlegung in die Akutgeriatrie Weißenfels einverstanden</b>				<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Die Verlegung ist vorgesehen am:</b>					