



| | |
|------------------|---|
| Anmeldung | <input type="checkbox"/> Akutgeriatrie |
| | <input type="checkbox"/> Palliative Geriatrie |

Aufnahme gewünscht.... baldmöglich ab _____

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| Patient | Name, Vorname, Geburtsdatum | |
| | Kontakt Angehörige | _____ |
| | Vollmacht | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Versicherung | Krankenkasse: Versicherungsnummer: Einbett-Versicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Hauptdiagnose: | | |
| Relevante Nebendiagnosen: | | |
| Pflegegrad: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | |
| Besiedelung mit MRE | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja? welcher Keim _____ wo _____ | |
| Isolationspflicht | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja? Infektion mit _____ | |
| Gewicht | _____ kg | |
| Barthel | _____ Punkte (Barthel) am _____ (bitte beilegen) | |
| Zu- und Ableitungen | <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> O ₂ <input type="checkbox"/> BDK | |
| Krankenhausaufenthalt | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein in den letzten 12 Monaten | |
| Antibiotika | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein in den letzten 6 Monaten | |
| Dialysepflicht: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Antikörper/Biologika | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Orientierungsstörung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Nächtliche Unruhe | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Wohnumfeld | <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> familiär <input type="checkbox"/> Pflegeheim vor der Erkrankung | |
| Mobilität | <input type="checkbox"/> frei <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl. <input type="checkbox"/> bettlägrig vor der Erkrankung | |
| Wunden | <input type="checkbox"/> akut nach OP <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> infektiös | |
| | Art der Wunde | Anzahl _____ |
| | Lokalisation | Größe _____ |

Anmeldung durch:

Kontakt / Telefon: _____