

## Patienten- Anmeldung zur stationären Aufnahme

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Angehörige / Telefon: \_\_\_\_\_

Wurde bereits eine Reha beantragt:  ja  nein

Vorsorgevollmacht/Betreuer: Name, Tel: \_\_\_\_\_

## Geriatric

**Sekretariat Innere Medizin**

Telefon: 04751-908 216

**Station 3**

Telefon: 04751/908232

Fax: 04751-908 239

**Diagnose:**

**Welches Therapieziel wird angestrebt:**

Tracheostoma:  ja  nein    Colo/Urostoma  ja  nein    Wunde:  ja  nein  
 Wundheilungsstörungen:  ja  nein    PEG  ja  nein    Dialysepflichtig:  ja  nein

Sind path. Keime getestet oder bekannt?:  MRSA  ESBL  Clostridien  nein    bei Ja wann? \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  
      
 1 2 3 4 5

Pflege.....  
 abhängig  
 eingeschränkt  
 selbstständig

Mobilisation (bis zur Verlegung)  
 keine  
 Rollstuhl  
 Bettkante

Belastung:  
 Vollbelastung  ja  nein  
 Teilbelastung: \_\_\_\_\_ Kg

## Bitte Barthel Index beifügen      Covid Impfstatus?

verordnete Hilfsmittel (bis zur Verlegung):  
 Rollator  
 Rollstuhl  
 Unterarmgehstützen

Neuropsychologisch  
 Neglect  ja  nein  
 Delir  ja  nein  
 Demenz  ja  nein

Orientierung  
 zeitlich  ja  nein  
 örtlich  ja  nein  
 zur Person  ja  nein  
 Situativ  ja  nein

Häusliche Versorgung:  Haus/Wohnung  
 Pflegeeinrichtung  
 Betreutes Wohnen

Logopädisch:  Sprach/Sprechstörungen  
 Schluckstörungen

Einw. Stelle: \_\_\_\_\_ Beh. Arzt: \_\_\_\_\_

**Verl. Station/ Tel.:** \_\_\_\_\_ Verlegungsdatum: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Anmeldung! Für Ihren genauen Aufnahmetag geben wir eine zeitnahe Rückmeldung!**