

# 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

keinen

Pflege.....

abhängig

eingeschränkt

selbstständig

Mobilisation (bis zur Verlegung)

keine

Rollstuhl

Bettkante

Belastung:

Vollbelastung  ja  nein

Teilbelastung: \_\_\_\_\_ Kg

**Bitte Barthel Index beifügen**

**BMI**

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!**