

Anmeldung zur akut geriatrischen Komplexbehandlung

Fax +49 3371 69-9440

Patient*innenetikett	Anmeldende Einrichtung / Stempel
----------------------	----------------------------------

Hauptdiagnose:

.....

akut behandlungsbedürftige Nebendiagnosen

.....

.....

Multiresistente Keime	☐ MRSA	☐ MRGN	☐ _____
-----------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

Mobilität: ☐ohne Hilfsmittel ☐mit Hilfsmitteln ☐bis Bettkante ☐bettlägerig

Sprachstörung	☐ ja	☐ nein	Schluckstörungen	☐ ja	☐ nein
Port	☐ ja	☐ nein	Magensonde	☐ ja	☐ nein
Shunt	☐ ja	☐ nein	Blasenkatheter/ Cystofix	☐ ja	☐ nein

Ist der/die Patient*in kooperationsfähig? ☐ Ja ☐ Nein

Kommt der/die Patient*in aus der Häuslichkeit/Heim?

☐ Häuslichkeit ☐ Pflegeeinrichtung/Heim ☐ Betreutes Wohnen

☐ Hauskrankenpflege:.....☐ Pflegegrad

☐ Tel. Angehörige: :.....

☐ Behandlungsziel:.....

Gewünschter Verlegungstermin.....:

Ansprechpartner*in:

Telefonnummer.....

Bitte Barthel - oder Singer Index beifügen