

Anmeldung zur geriatrischen Komplexbehandlung Fax 03371 / 699158

Patientenetikett	Anmeldende Einrichtung / Stempel
------------------	----------------------------------

Hauptdiagnose:.....

.....

behandlungsbedürftige

Nebendiagnosen:.....

.....

Multiresistente Keime	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> MRGN	<input type="checkbox"/> _____
-----------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

Der Patient ist	
orientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> grob	mobil <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
bettlägerig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gefähig mit Hilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sprachstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schluckstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Port <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magensonde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Shunt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blasenkatheter/ Cystofix <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Soziale Situation	
Pflegegrad <input type="checkbox"/> ja welchen <input type="checkbox"/> nein Beantragt:	Angehörige :
	Telefonnummer:
Hauskrankenpflege:	Heimbewohner <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Motivation gut mäßig schlecht

Behandlungsziel:.....

Gewünschter Verlegungstermin:..... Ansprechpartner:.....

Unterschrift:..... Telefonnummer.....

Name:	Anmeldung zur geriatrischen Komplexbehandlung	Seiten:	Seite 1 von 1
Erstellt durch:	Sozialdienst	Version: 3.0	04/2020
Freigabe:	QM	Revisionsdatum:	04/2023