

Anmeldung zur stationären Behandlung
Geriatrische od. Frührehabilitative
Weiterbehandlung



Rückfax an: 02776/803-402

telefonische Rücksprache unter: 02776/803-350

Name: _____

geb. Datum: _____

Adresse _____

Krankenkasse: _____

Privat: Ja Nein

Zusatzversicherung _____

EZ (kostenpfl.): Ja Nein

Aufnahmedatum: _____

Konfession: _____

Datum OP/Akutereignis: _____

Familienstand: _____

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

Erkältungssymptome? Ja Nein

Weglaufgefahr? Ja Nein

Körpergewicht: _____

Hausarzt: _____

Orientierung/Kognition	Dialysepflichtig	Dekubitus	Antidekubitussystem
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> schwer eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> akut falls akut, Kostenübernahme geklärt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Stad. I <input type="checkbox"/> Stad. II <input type="checkbox"/> Stad. III oder multiple	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welches? _____ _____
Ernährung	Frakturbelastung	VAC - Versorgung:	Multiresistenter Keim
<input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teil <input type="checkbox"/> Entlastung weiterhin nötig bis _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher? _____ wo? _____ <input type="checkbox"/> saniert
Z. n. Amputation?	Durchfallerkrankung?	Sprechstörungen?	Respiratorische Probleme
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wundheilung abgeschlossen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Prothesenversorg. eingeleitet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Prothese vorhanden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Clostridien nachgewiesen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> saniert Noroviren nachgewiesen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> saniert	Logopädie erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Beatmungsgerät <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welches _____ O2 Gabe, wieviel? _____ O2 Konz. vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

ADL Status (Barthel)

Essen	Bett/ (Roll-) Stuhltransfer	Waschen	Toilettenbenutzung
<input type="checkbox"/> unabhängig (10) <input type="checkbox"/> braucht etwas Hilfe (5) <input type="checkbox"/> unselbständig (0)	<input type="checkbox"/> unabhängig (15) <input type="checkbox"/> geringe Hilfen bzw. Beaufsichtigung (10) <input type="checkbox"/> erhebliche Hilfen bei Transfer, Lagewechsel (5) <input type="checkbox"/> unselbständig (0)	<input type="checkbox"/> selbständig (5) <input type="checkbox"/> unselbständig (0)	<input type="checkbox"/> selbständig (10) <input type="checkbox"/> benötigt z. T. Hilfe (Gleichgewicht, Kleidung) (5) <input type="checkbox"/> unselbständig (0)
Baden	Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	Treppensteigen	An- Auskleiden
<input type="checkbox"/> selbständig (5) <input type="checkbox"/> unselbständig (0)	<input type="checkbox"/> selbständig > 50m Hilfsmittel erlaubt (kein Gehwagen) (15) <input type="checkbox"/> geringe Hilfe, Überwachung kann mit Hilfsm. 50m gehen (10) <input type="checkbox"/> unselbständig, kann aber Rollstuhl alleine benutzen mind. 50m (5) <input type="checkbox"/> völlig unselbständig (0)	<input type="checkbox"/> selbständig (10) <input type="checkbox"/> Hilfe erford. jedoch 50% selbständig (5) <input type="checkbox"/> unselbständig (0)	<input type="checkbox"/> selbständig (10) <input type="checkbox"/> Hilfe erford. jedoch 50% selbständig (5) <input type="checkbox"/> unselbständig (0)
Stuhlkontrolle	Urinkontrolle	Gesamtsumme: _____	
<input type="checkbox"/> kontinent (10) <input type="checkbox"/> gelegentlich inkontinent (max. 1x/Woche) (5) <input type="checkbox"/> (häufiger) inkontinent (0)	<input type="checkbox"/> kontinent (ggf. selbständige DK/Cystofixversorgung) (10) <input type="checkbox"/> gelegentlich inkontinent (max. 1x/Tag) (5) <input type="checkbox"/> (häufiger) inkontinent (0)	MRSA-Ausgangsscreening: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv Lokalisation: _____ (Befund bitte in Kopie mitgeben!!!)	

Außergewöhnliche Medikation (z. B. orale Chemo, Antikörpertherapie, Studienmedikation etc.)?

Pflegegrad Nein Ja, welchen? 1 2 3 4 5 eingeleitet

Betreuung Nein Ja, wer? _____

bisherige häusliche Versorgung:

selbständig ambulante Dienste Familienangehörige
 Heim sonst. _____

Familienangehörige (Name, Telefon-Nr.): _____

Weitere Infos (ggf. spezielle Therapieziele): _____

Angemeldet von: Klinik/Abteilung/Station _____

Anmelder: _____

Telefon-Nr. für Rückfragen: _____

Verlegung erwünscht ab: _____