

Anmeldung

KLINIK FÜR GERIATRIE FRIEDBERG
Chefarzt Dr. Jörn Kuntsche

KLINIK FÜR GERIATRIE SCHOTTEN
Chefarzt Dr. Jörn Kuntsche

Friedberg Schotten

Tel.: 06031 89-3490
Fax: 06031 89-3491

Tel.: 06044 61-5108
Fax: 06044 61-5447

Name: _____ Datum: _____

Krankenkasse: _____

Geburtsdatum: _____ gesetzliche Betreuer: ja nein

Adresse: _____ Name: _____

Telefon: _____

Anmelder: _____ Telefon: _____

Diagnosen: _____

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Angehörige: _____ Telefon: _____

Gewünschter Aufnahmeterrmin ab: _____ privat

Einbettzimmer Zweibettzimmer

Frakturbelastung: Vollbelastung Teilbelastung: Wieviel ____ kg Entlastung bis voraussichtlich: _____

Dekubitus: nein ja Wenn ja; Wo? _____ Grad: _____ Größe: _____

Dialyse: nein ja Wenn ja; Wo? _____ Dialysetage: _____

MRSA: nein ja ESBL/MRGN: nein ja VRE: nein ja

Diarrhoe: nein ja Clostridium difficile: nein ja Noroviren: nein ja

MOBILITÄT	MOBILISATION	HILFSMITTEL	ERNÄHRUNG
<input type="checkbox"/> unabhängig (auch mit Hilfsmittel) <input type="checkbox"/> in Begleitung <input type="checkbox"/> nur mit Hilfsmittel und Begleitung <input type="checkbox"/> Transfer möglich <input type="checkbox"/> Bettlägerig	<input type="checkbox"/> unabhängig <input type="checkbox"/> Sessel <input type="checkbox"/> Bettkante <input type="checkbox"/> nicht mobilisiert	<input type="checkbox"/> Gehhilfen welche: _____ <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Orthese <input type="checkbox"/> Sonstige welche: _____	<input type="checkbox"/> unabhängig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> vollständig hilfsbedürftig
KÖRPERPFLEGE	KONTINENZ	ORIENTIERUNG	LOGOPÄDIE
<input type="checkbox"/> unabhängig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> vollständig hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> harninkontinent <input type="checkbox"/> stuhlinkontinent <input type="checkbox"/> DK-Versorgung Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> zeitweise desorientiert <input type="checkbox"/> desorientiert <input type="checkbox"/> bekannte Demenz	<input type="checkbox"/> kein Bedarf <input type="checkbox"/> Dysarthrie <input type="checkbox"/> Aphasie <input type="checkbox"/> Schluckstörung
LEBENSITUATION (bisher)	VERSORGUNG (Zuhause bisher)	PFLEGEGRAD	BARTHEL INDEX
<input type="checkbox"/> eigenständig <input type="checkbox"/> bei Angehörigen <input type="checkbox"/> im Alten-/Pflegeheim	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> durch Familienangehörige <input type="checkbox"/> durch ambulanten Pflegedienst	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Pflegegrad vorhanden welche: _____	Summe: _____

Anmerkung: _____

Datum, Unterschrift