



Anmeldung zur geriatrischen Komplexbehandlung

Patientenaufkleber Name Geburtsdatum Adresse		Gewünschte Wahlleistungen:	
		<input type="checkbox"/> CA- Behandlung	
Gewünschtes Aufnahmedatum		<input type="checkbox"/> 1-Bett	<input type="checkbox"/> 2-Bett

Hauptdiagnose, akuter Handlungsbedarf (bspw. Antibiose i.V., Furosemid i.V., etc.)	
Behandlungsrelevante Nebendiagnosen	

Infektiös?	Isolationspflichtig:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> 3-MRGN	<input type="checkbox"/> 4-MRGN
	<input type="checkbox"/> VRE	
	<input type="checkbox"/> SARS-COV	<input type="checkbox"/> Influenza A B

Barthel		Pflegegrad		Hilfsmittel	
---------	--	------------	--	-------------	--

Psychische Störungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Delir <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Hinlauftendenz <input type="checkbox"/> Depressionen	Wundmanagement notwendig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sprachstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Vollbelastung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Harn-/Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Teilbelastung mit	kg
Hochgradige Sehschwäche / Blindheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Sauerstoff	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hochgradige Schwerhörigkeit / Taubheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			I/min:
Hemiparese	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			kontinuierlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kontrakturen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Kontakte /Angehörige (Adresse Telefon-Nr.)	
Hausarzt/Facharzt (Adresse Telefon-Nr.)	
Verlegende Klinik/Station (Name Telefon-Nr.)	
Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin (Name Telefon-Nr.)	