



## 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		l/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.)	