



Anmeldung zur geriatrischen Komplexbehandlung

Patientenaufkleber Name Geburtsdatum Adresse		Gewünschte Wahlleistungen: ☐ CA- Behandlung	
Gewünschtes Aufnahmedatum		☐ 1-Bett	☐ 2-Bett

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

Infektiös?	Isolationspflichtig: ☐ ja ☐ nein
	☐ 3-MRGN ☐ 4-MRGN
	☐ VRE
	☐ SARS-COV ☐ Influenza A B

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

Psychische Störungen	☐ ja ☐ nein	☐ Delir ☐ Demenz ☐ Hinlauftendenz ☐ Depressionen	Wundmanagement notwendig	☐ ja ☐ nein
Sprachstörung		☐ ja ☐ nein		
Schluckstörung		☐ ja ☐ nein	Vollbelastung	☐ ja ☐ nein
Harn-/Stuhlinkontinenz		☐ ja ☐ nein	Teilbelastung mit	kg
Hochgradige Sehschwäche / Blindheit		☐ ja ☐ nein	Sauerstoff	☐ ja ☐ nein
Hochgradige Schwerhörigkeit /Taubheit		☐ ja ☐ nein		l/min:
Hemiparese		☐ ja ☐ nein		kontinuierlich: ☐ ja ☐ nein
Kontrakturen		☐ ja ☐ nein		

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