

Anmeldung zur vollstationären geriatrischen Frührehabilitation

Patientenetikett oder

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Kasse _____

Station: _____

Telefon: _____

Datum: _____

Gewünschtes Übernahme-/Verlegungsdatum: _____

COVID-19-Impfung: _____

Wenn ja, wann? _____

Wahlleistungen nein ☐ ja ☐

COVID-Kontaktpatient? _____

☐ Einzelzimmer

☐ Doppelzimmer

☐ Mehrbettzimmer

☐ Chefarztbehandlung

Atemwegssymptome, Fieber? _____

Geriatric in den letzten 3 Monaten?: _____

Akutereignis/Hauptdiagnose, OP-Datum:

Relevante Vorerkrankungen und geriatrische Syndrome:

Behandlungsziele (medizinisch/therapeutisch):

Barthel-Index aktuell: _____

☐ Isolation ☐ meldepflichtige Keime (nähere Angaben): _____

☐ Wunden/Dekubiti ☐ Stomata ☐ Ernährungssonde/PEG nähere Angaben: _____

☐ Demenz ☐ Delir ☐ Patient ständig beaufsichtigungspflichtig

☐ Chemotherapie ☐ Dialyse ☐ Schluckstörung

☐ Spezielle Medikation (Biologika, Reservaantibiotika etc): _____

☐ Whg. ☐ EFH ☐ betr. Wohnen/WG ☐ Pflegeheim ☐ andere: _____

☐ Treppe ☐ Fahrstuhl

Vormobilität: ☐ gehfähig ☐ gehfähig mit Hilfsmittel ☐ rollstuhlmobil ☐ bettlägerig

Pflegegrad: ☐ keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Bisherige Versorgung: ☐ selbständig ☐ Angehörigenhilfe ☐ Pflegedienst: _____

Angehörige (Name, Status, Tel.): _____

Aktuelle Mobilität:

Transfers

nicht möglich

mit Hilfe

selbständig

Gang

Treppe

Körperpflege

Toilettenbenutzung

Essen

Sonstiges

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐ Ernährungssonde /PEG

☐ Schluckstörung

Datum, Unterschrift (anmeldende/r Arzt*in), Rückrufnummer, Stempel