

[Patientenaufkleber]

Anmeldung per Fax:	09951 / 75-5709
Anmeldung per Telefon:	09951 / 75-5705

Name:
Geburtsdatum:
Straße:
Wohnort:
Krankenkasse:

Anmeldender Arzt:	
Tel.-Nr. (Rückfragen):	
Tel.-Nr. Patient:	
Tel.-Nr. Angehörige:	
Hausarzt:	
Tel.-Nr. Hausarzt:	
Tel.-Nr. Pflegedienst:	

Aktueller Einweisungsgrund:						
Weitere Diagnosen:						
Wichtige Aufnahmefragen:	Kognitiver Abbau / Demenz?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	Depression?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	stationäre Behandlung in den letzten 6 Monaten / aktuell?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	Reha-Behandlung in den letzten 6 Monaten?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
	Pflegegrad vorhanden (Pflegegrade 1-5)?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	Grad: <input type="text"/>
	Versorgung zu Hause gewährleistet?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/> wird organisiert
	Hilfestellung im Alltag erforderlich?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	durch: <input type="text"/>
	Multiresistente Keime bekannt?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	welche: <input type="text"/>
	Kann der Patient zum Transportfahrzeug gelangen?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/> mit Hilfe
	Transport im Rollstuhl notwendig?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	
Benötigte Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl				
	<input type="checkbox"/>	Rollator				
	<input type="checkbox"/>	Gehstützen/ Stock				

Akutmedizinische Behandlungsziele (Mehrfachauswahl möglich)

Wichtige Aufnahmefragen:	<input type="checkbox"/>	Abklärung geriatrischer Syndrome (Stürze, Schwindel, Gangstörung, Inkontinenz, etc.)
	<input type="checkbox"/>	Abklärung und Therapie kognitiver Störungen
	<input type="checkbox"/>	Abklärung und Therapie von Depressionen
	<input type="checkbox"/>	Diagnostik und Therapie von Schmerzzuständen
	<input type="checkbox"/>	Optimierung internistischer Therapie
	<input type="checkbox"/>	Verbesserung von Mobilität und Selbsthilfefähigkeit, Sturzprävention
	<input type="checkbox"/>	Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder einer Höherstufung des Pflegegrades
	<input type="checkbox"/>	Vermeidung einer vollstationären Behandlung
	<input type="checkbox"/>	Optimierung der Wundversorgung
	<input type="checkbox"/>	sonstiges: