

Anmeldung Geriatrie:

- stationäre Aufnahme
 Tagesklinik

Belegungsmanagement/ Hotline

Tel: 03381 / 366- 926
 Fax: 03381 / 366- 424
 Mail: belegung@caritas-klinik-marien.de

Patientenetikett	Anmeldung durch / einweisende Klinik
Telefon: _____	

Wahlleistung: Nein Ja ► wenn ja: 1-Bett-Zi 2-Bett-Zi. Chefarzt

Hauptdiagnose / Akutdiagnose:

Multiresistente Keime mit Isolationsbedarf:

MRSA 3MRGN 4 MRGN VRE Keine Covid: positiv negativ seit wann: _____

Lokalisation: _____ Erreger: _____

Aktuelle geriatrische Problematik

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sturzneigung / Schwindel | <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung |
| <input type="checkbox"/> Immobilität | <input type="checkbox"/> Sonde | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Frailty (Gebrechlichkeit) | <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> Dekubitus/chron. Wunden |
| <input type="checkbox"/> Fehl- / Mangelernährung | <input type="checkbox"/> Depression/Angst | |
| <input type="checkbox"/> (Hemi-) Parese | <input type="checkbox"/> Amputation | |

	<i>gut</i>	<i>mäßig</i>	<i>schlecht</i>
<u>Instruktionsverständnis</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Motivation</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Rehabilitationpotential</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Kognitive Defizite</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Demenz:

Ja
 Nein

Aktueller Barthel Index:

Bei operierten Patienten /Z. n. Frakturversorgung: OP- Datum: _____

- Vollbelastung Übungsstabil Teilbelastung _____kg Prothesentraining nach Amputation
 Entlastung bis vorerst _____

Dialysepflicht: Nein Ja

Anmeldung in der Dialysepraxis BRB Göttiner Str. 28, 14776 BRB, nächster Dialyse-Termin: _____

Soziale Situation bisher: Pflegegrad vorhanden: Nein Ja, welcher? _____

- allein lebend Familie Soz. Station Betreutes Wohnen Pflegeheim

Ansprechpartner/Betreuer/-in: _____ Tel.: _____

Hausarzt: _____

→ Bitte vollständig ausfüllen.
 → Bitte vor Verlegung Med.-Plan zusenden.

Gewünschte Übernahme des Patienten am:
