

**Anmeldung Geriatrie:**
 stationäre Aufnahme    Tagesklinik

**Belegungsmanagement/ Hotline**
**Tel 03381 / 366- 926**
**Fax 03381 / 366- 424**

<b>Patientenettiket</b>		<b>Anmelder / einweisender Klinik</b>	
<b>Gewicht:</b>	<b>Größe:</b>	<b>Telefon:</b>	

**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

**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"/> Demenz                              |
| <input type="checkbox"/> Fehl- / Mangelernährung   | <input type="checkbox"/> Depression / Angst | <input type="checkbox"/> <b>Dekubitus/ Chronische Wunden</b> |
| <input type="checkbox"/> (Hemi -) Parese           | <input type="checkbox"/> Amputation         |  |

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

**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 Brandenburg Göttiner Str. 28, 14776 Brandenburg

Tel: 03381/663830

nächster Dialyse-Termin: \_\_\_\_\_

**Soziale Situation bisher:**   Pflegegrad vorhanden:    Nein    Ja, welcher? \_\_\_\_\_

 allein lebend    Familie    Soz. Station    Betreutes Wohnen    Heim

**Ansprechpartner/Betreuer/-in:** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

**Gewünschte Übernahme des Patienten am:** \_\_\_\_\_

**(Bitte senden Sie uns vor Verlegung des Patienten den aktuellen Medikamentenplan!)**

+ Mitglied im:  
  
**BUNDESVERBAND  
GERIATRIE**

Netzwerk:  
  
**CIRS**  
NETZWERK CHRS BRANDENBURG

Kooperierendes  
Lehrkrankenhaus der:

  
**MHB** MEDIZINISCHE  
HOCHSCHULE  
BRANDENBURG