



### Anmeldung zur vollstationären geriatrischen Frührehabilitation/Akutgeriatrie

<p><b>Patientenname, Geb. Datum, Adresse oder Patientenetikett</b></p>	<p><b>Anmeldung für Akutgeriatrie in Nauen</b> Tel.: 03321 42 1940 Fax: 03321 42 151035 E-Mail: <a href="mailto:Z-Sekretariat-KONSERVATIV-NAU@havelland-kliniken.de">Z-Sekretariat-KONSERVATIV-NAU@havelland-kliniken.de</a></p> <p><b>Anmeldung für Akutgeriatrie in Rathenow</b> Tel.: 03385 555-3124/ -3125 Fax: 03385 555-3135 E-Mail: <a href="mailto:R_GE1@havelland-kliniken.de">R_GE1@havelland-kliniken.de</a></p>
<p><b>Anmeldende Klinik/Praxis</b></p> <p>Ansprechpartner Telefon</p> <p><b>Wunschtermin für Aufnahme/Verlegung</b></p>	<p><b>Kostenträger/Wahlleistung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung/Wahlleistung <input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Chefärztliche Behandlung</p> <p><b>Angehörige/Bekannte/Betreuer</b></p> <p><input type="checkbox"/> Name</p> <p><input type="checkbox"/> Telefon</p>
<p><b>Hauptdiagnose/aktuelle Beschwerden</b></p>	<p><b>Relevante Nebendiagnosen:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Behandlungs-Rehabilitationsziele:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>Soziale Situation bisher</b> Wohnsituation</p> <p>Pflegegrad</p> <p>Bisherige Mobilität/Versorgung</p> <p>Hilfsmittel</p>	<p><b>Akt.Zustand/Mobilität/Pflegebedarf</b> Barthel-Index _____ / 100Pkt Mobilität Mobilität: <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Transfer</p> <p>Bei Fraktur: <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung mit _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Entlastung bis _____</p> <p><b>Kognitive Einschränkung:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer</p> <p>Isolation bei _____</p> <p>Offene Wunden <input type="checkbox"/></p> <p>Sauerstoffbedarf: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>ZVK <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/></p> <p>Antibiotika/Chemotherapeutika/Immunsuppressiva: _____</p> <p>Dialyse <input type="checkbox"/></p> <p>Adipositas <input type="checkbox"/> _____ Kg</p> <p><b>Besondere Hygienemaßnahmen:</b></p>