



Anmeldung zur vollstationären geriatrischen Frührehabilitation/Akutgeriatrie

| | |
|---|---|
| <p>Patientenname, Geb. Datum, Adresse oder Patientenetikett</p> | <p>Anmeldung für Akutgeriatrie in Nauen Tel.: 03321 42 1558 Fax: 03321 42 151035 E-Mail: luminita.becker@havelland-kliniken.de</p> <p>Anmeldung für Akutgeriatrie in Rathenow Tel.: 03385 555-3124/ -3125 Fax: 03321 42 151057 E-Mail: R_GE1@havelland-kliniken.de</p> |
| <p>Anmeldende Klinik/Praxis</p> <p>Ansprechpartner Telefon</p> <p>Wunschtermin für Aufnahme/Verlegung</p> | <p>Kostenträger/Wahlleistung</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>Angehörige/Bekannte/Betreuer</p> <p><input type="checkbox"/> Name <input type="checkbox"/> Telefon</p> |
| <p>Hauptdiagnose/aktuelle Beschwerden</p> | <p>Relevante Nebendiagnosen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Behandlungs-Rehabilitationsziele:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>Soziale Situation bisher Wohnsituation</p> <p>Pflegegrad</p> <p>Bisherige Mobilität/Versorgung</p> <p>Hilfsmittel</p> | <p>Akt.Zustand/Mobilität/Pflegebedarf Barthel-Index _____ / 100Pkt Mobilität Mobilität: <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Transfer Bei Fraktur: <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung mit _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Entlastung bis _____</p> <p>Kognitive Einschränkung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer Isolation bei _____</p> <p>Offene Wunden <input type="checkbox"/> Sauerstoffbedarf: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ZVK <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/></p> <p>Antibiotika/Chemotherapeutika/Immunsuppressiva:</p> <p>_____</p> <p>Dialyse <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> _____ Kg Besondere Hygienemaßnahmen:</p> |