

Anmeldung zur Geriatrischen Früh – Rehabilitation / Komplextherapie

St. Franziskus Hospital Winterberg GmbH



Anmeldende Einrichtung:		Gewünschter Aufnahmetermin:		Kontakt:	
Patient*in:		Geburtsdatum:			
Straße:		Versicherung:			
Wohnort:		Versichertennummer:			
Zusatzversicherung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/> Nein		Angehörige: <input type="checkbox"/> Ehepartner*in <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Freund*in <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung		Kontakt: Telefon _____ Adresse _____ _____	
Sozialanamnese:		Wohnsituation aktuell: <input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> mit Partner*in lebend <input type="checkbox"/> mit Angehörigen lebend <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Pflegedienst <input type="checkbox"/> stationäre Einrichtung/ Seniorenheim		Zukünftig angestrebte Wohnsituation: <input type="checkbox"/> keine Änderung notwendig <input type="checkbox"/> weitere Versorgung in Klärung <input type="checkbox"/> weitere Versorgung geklärt: _____	
Betreuung:		<input type="checkbox"/> Betreuung vorhanden Kontakt: _____		<input type="checkbox"/> Lfd. Betreuungs- verfahren <input type="checkbox"/> Betreuung beantragt	
				<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Ehegattennotvertretungsrecht	
Hausarzt:		Ggf. einweisende Ärzte:			
Pflegegrad:		<input type="checkbox"/> vorhanden, PG: ____ <input type="checkbox"/> keinen		<input type="checkbox"/> vorläufig, PG: ____ <input type="checkbox"/> beantragt	
Hauptdiagnose/ Einweisungsdiagnose:				Körpergewicht: _____ Körpergröße: _____	
Weitere Diagnosen:		<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Sauerstoffpflichtig ____ l/min. <input type="checkbox"/> Dialysepflichtig <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> psych. Störungen		ggf. OP Datum: Bei Frakturen: <input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> teilbelastbar mit ____ kg <input type="checkbox"/> bewegungsstabil <input type="checkbox"/> belastungsstabil <input type="checkbox"/> Röntgenbilder auf CD werden mitgegeben	
		<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> VAC Anlage <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
Infektionen und Kontinenz:		<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 3-MRGN <input type="checkbox"/> 4-MRGN <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> Sonstige: _____		<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> harninkontinent <input type="checkbox"/> stuhlinkontinent <input type="checkbox"/> harn- und stuhlinkontinent <input type="checkbox"/> DK, vom ____ <input type="checkbox"/> SPDK, vom ____	
Mobilität und Orientierung:		<input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator, Gehstock, Gehwagen <input type="checkbox"/> Unterarm Gehstützen		<input type="checkbox"/> Orientiert <input type="checkbox"/> Nicht orientiert <input type="checkbox"/> Schwer eingeschränkt <input type="checkbox"/> Schluckstörungen <input type="checkbox"/> Sprachstörungen	
				Barthel:	
Sonstiges:					
<i>Hinweis: bei Aufnahme bitte Entlassbericht, Röntgenbefunde, Laborbefunde, Medikamentenplan und ggf. weitere wichtige Unterlagen mitgeben. Bei Patienten < 70 Jahre benötigen wir eine Kostenzusage der Krankenkasse. Dauer der stationären Behandlung: min. 15 Tage!</i>					