



**Anmeldung zur stationären geriatrischen Komplexbehandlung (nicht geriatrische Reha)**

Patientendaten	
Name	.....
Vorname	.....
Geb.-Datum	.....
Straße/ Haus-Nr.	.....
PLZ/ Ort	.....
Krankenkasse	.....
<i>falls privat:</i>	<input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> Einzelzimmer

Ärztlicher Leiter: Dr. med. B. Hegner  
 Patientenaufnahme:  
 Fr. N. Dyrschka, Fr. M. Duckert  
 Tel: (030) 400 57 450/451  
 Mail: kfg.aufnahme@vitanas.de  
**Fax: (030) 400 57 – 500**  
 (ab 15:00 Uhr Bereitschaftstelefon: - 428)

<b>Einweisung durch:</b> Name/ Tel.-Nr. der Ärztin/ des Arztes o. zuweisende Einrichtung	<b>gewünschter Aufnahmeterrmin:</b>
	<b>stationär seit:</b>

Hauptdiagnose	Nebendiagnosen

**geriatrische Komplexbehandlung in den letzten drei Monaten**  ja  nein

**Bezugsperson/ Betreuer\*in** Tel.: \_\_\_\_\_

**Patient\*in orientiert**  ja  nein  teilweise

**Verhaltensauffälligkeit**  nein  ja Sitzwache erforderlich  ja  nein  
 Delir  Demenz  Angststörung  Psychose

**Instruktionsverständnis**  gut  mäßig  schlecht **Motivation**  gut  mäßig  schlecht

**geriatrische Syndrome**  
 Frailty-Syndrom  Malnutrition  Inkontinenz  Visusminderung/Hypakusis

Essen und Trinken	An- und Auskleiden
<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Schluckstörung	
<input type="checkbox"/> unabhängig <input type="checkbox"/> Unterstützung <input type="checkbox"/> nicht mögl.	<input type="checkbox"/> unabhängig <input type="checkbox"/> Unterstützung <input type="checkbox"/> Übernahme

Körperpflege	Toilettenbenutzung
<input type="checkbox"/> unabhängig <input type="checkbox"/> Unterstützung <input type="checkbox"/> Übernahme	<input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Urinkatheter
	<input type="checkbox"/> unabhängig <input type="checkbox"/> Unterstützung <input type="checkbox"/> Übernahme

**Lagewechsel (vom Bett zum Stuhl)**  selbstständig  geringe Hilfe  viel Hilfe

**Mobilität**  mobil  mobil mit Hilfsmittel  bettlägerig **Gewicht über 130 kg**  ja  nein  
 Vollbelastung  Teilbelastung: \_\_\_\_\_ kg Gehstrecke: \_\_\_\_\_ m

**Pflegegrad**  1  2  3  4  5  beantragt

**Wunden**  ja  nein Lokalisation: \_\_\_\_\_

**Isolationspflicht**  SARS-CoV-2 Datum Erstdnachweis: \_\_\_\_\_

MRE Keim: \_\_\_\_\_ Lokalisation: \_\_\_\_\_

Durchfall/Erbrechen Ggf. Erreger: \_\_\_\_\_

**Dialyse** Wo? \_\_\_\_\_

Wann?  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa

Datum/Uhrzeit \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift \_\_\_\_\_