



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)

Einweisung durch: Name/ Tel.-Nr. der Ärztin/ des Arztes o. zuweisende Einrichtung	gewünschter Aufnahmetermin:
	stationär seit:

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