

Anmeldung zur stationären geriatrischen Komplexbehandlung (nicht geriatrische Reha)

Patientendaten	
Name	
Vorname	
Geb.-Datum	
Straße/ Haus-Nr.	
PLZ/ Ort	
Krankenkasse	
<i>falls privat:</i>	☐ Chefarztbehandlung ☐ Einzelzimmer

Ärztlicher Leiter: Dr. med. M. Mannaa

Patientenaufnahme:

Fr. C. Capur-Gradt, 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 Aufnahmeterrmin:
	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	☐ PEG ☐ Schluckstörung	An- und Auskleiden
☐ unabhängig ☐ Unterstützung ☐ nicht mögl.		☐ unabhängig ☐ Unterstützung ☐ Übernahme

Körperpflege	☐ unabhängig ☐ Unterstützung ☐ Übernahme	Toilettenbenutzung	☐ Stoma ☐ Urinkatheter
		☐ unabhängig ☐ Unterstützung ☐ 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