

Patientenanmeldung zur geriatrischen Behandlung

Formular

D1508 - 004/09.2024



Freigabe: Engeling, Heiko

Wiedervorlage: 26.09.2027

Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation

Chefarzt Dr. med. Klaus Weil

Sekretariat: Heiko Engeling / Bele Schmolling

E-Mail: Sekretariat.Geriatrie@malteser.org

Telefon: 0461 816-2515

Fax: 0461 816-2025

Anmeldung für: Stationäre Behandlung

Ger. Tagesklinik Flensburg

ATZ Stat. Silvia

Transp. mit Rollstuhl: ja nein

Demenzdiagnostik

Name, Vorname:			
Geb.-Datum:			
Straße:			
PLZ/Ort:			
Krankenkasse:		Tel. Nr. des Pat.:	
Wahlleistungen: <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Chefarzt		ggf. Privatkasse:	
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> ja, welcher:			
Diagnosen / Funktionsstörungen:			
Gewünschte Behandlungsziele:			
Belastbarkeit bei Frakturen: <input type="checkbox"/> Vollbelastung			
<input type="checkbox"/> Teilbelastung (in kg) und bis wann:			
Kardiopulmonale Belastbarkeit:			
Körpergewicht: kg			
Dialysepflichtig: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Mo-Mi-Fr <input type="checkbox"/> ja, Di-Do-Sa			
Kognitive Defizite: <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Hinlauftendenz <input type="checkbox"/> Aggressivität <input type="checkbox"/> Sonstiges:			
Isolationspflichtiger Keim: <input type="checkbox"/> aktuell positiver Befund <input type="checkbox"/> negativ			
Welcher? Wo? <input type="checkbox"/> nicht untersucht			

Gewünschtes Verlegungs-/ Aufnahmedatum:	
Datum der Anmeldung:	
Derzeitiger Aufenthaltsort:	Bitte immer ausfüllen
Ansprechpartner für Rückfragen: Telefonnummer:	
Einweisender Arzt mit Tel.:	

Ermittlung des aktuellen Selbsthilfestatus:

Essen:

- Komplette selbstständig
- Mit Vorbereitung allein
- Komplette Übernahme
- PEG-Versorgung Schluckstörung

Aufsetzen und Umsetzen:

- Komplette selbstständig
- Unter Aufsicht mit geringer Hilfe
- Erhebliche Hilfe /kein freies Sitzen
- Wird nicht aus dem Bett mobilisiert

Sich waschen:

- Komplette selbstständig
- Versorgung mit Teilwäsche
- Überwachung/Anleitung nötig
- Komplette Übernahme nötig

Toilettenbenutzung:

- Komplette selbstständig
- Vor Ort Hilfe/Aufsicht erforderlich
- Benutzt weder Toilette noch –Stuhl

Harnkontinenz:

- Harnkontinent
- Zeitweise haminkontinent
- Harninkontinent
- DK-Versorgung

Stuhlgang:

- Stuhkontinent
- Zeitweise stuhlinkontinent
- Stuhlinkontinent
- Benötigt Abführmaßnahmen

Aufstehen und gehen:

- Komplette selbstständig
- Begleitung nötig
- Mit Hilfsmittel
- Nicht möglich

An- und Auskleiden:

- Komplette selbstständig
- Teilweise allein
- Durch Hilfsperson

Orientierung/psych. Situation:

- voll orientiert
- Zeitw. desorientiert Antriebsarm
- Desorientiert Depressiv

Kommunikation:

- Unauffällig
- Sehvermögen gemindert
- Hörvermögen gemindert
- Sprachstörung