

Anmeldebogen Akutgeriatrie

Kontaktdaten: Maria-Hilf-Str. 2, 54550 Daun; Tel. 06592/7152359; Fax. 06592/7152424

Einweisende/s Praxis/Krankenhaus	
Mindestinformationen: 1. Patient, Vor- und Nachname, Geb.-Datum 2. Anschrift des Patienten 3. Einweisende/s Arztpraxis/Krankenhaus 4. Telefonnummer der Praxis oder Station	Gewünschtes Aufnahmedatum: Krankenkasse: _____ Pflegegrad: _____
	Versicherungsstatus: Privat: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 1-Bett: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Mobilität:	bettlägerig <input type="checkbox"/>	rollstuhlmobil <input type="checkbox"/>	Gehen mit Hilfe <input type="checkbox"/>	uneingeschränkt <input type="checkbox"/>
-------------------	---	--	---	---

Wohnungssituation:	allein lebend <input type="checkbox"/>	24-Stunden-Betreuung <input type="checkbox"/>
	Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/>	Altenheim <input type="checkbox"/>

Rechtliche Betreuung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Name?
			Tel.?

Hauptdiagnose:		
Relevante Nebendiagnosen:		
Besonderheiten:	Erbrechen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Weglauftendenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Durchfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aggressivität <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Infektionen/MRE (Clostr.diff, Norovirus, MRSA, ESBL, VRE)	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Welche?

Datum und Unterschrift des zuweisenden Arztes:

Telefon-Nr. für Rückfragen: