

stationäre Aufnahme

Tagesklinik

Patientendaten/ Aufkleber		<b>Absender Praxisstempel</b>	
		Telefon: _____ Fax: _____ Arzt: _____	
Kassenpatient <input type="checkbox"/>	Mit Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/>	Kasse/ Versicherung	
Privatpatient <input type="checkbox"/>	Ohne Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/>		

**Status vor Erkrankung:** Selbständig /Wohnung     Altenheim/ Wohnbereich     Altenheim/ Pflegebereich

**Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:**

**Weitere relevante Diagnosen:**

OP-Datum: \_\_\_\_\_    Bei Fraktur     voll belastbar     teilbelastbar ab \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ kg

Erbrechen    ja     nein

Durchfall    ja     nein

**Infektion:**  ja, bitte ankreuzen

Noro

MRSA

Clostridien

3 MRGN

4 MRGN

VRE

ESBL

**Geriatrische Multimorbidität:** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Immobilität/ Frailty/ Gebrechlichkeit

Kognitive Defizite/ Delir/ Demenz

Dekubitus/ Wunden

Depression/ Angststörung

Starke Seh-/ Hörbehinderung

Exsikkose/ Elektrolytungleichung

**Sonstiges:**     Nasogastr. Sonde

Rezidiv. Stürze/ Schwindel/ Gangstörung

Inkontinenz (Urin)     Inkontinenz (Stuhl)

Mangel-/ Fehlernährung

Schmerz

Multimedikation (mehr als 5)

Verzögerte Rekonvaleszenz

PEG

DK

SPDK

Tracheostoma

**MRSA-Abstrich Nase Rachen:**  erfolgt / **Ergebnis Wunde:** \_\_\_\_\_ (Abstrich nicht älter als 7 Tage)

**Folgendes kann nicht selbständig/ohne Hilfe durchgeführt werden**

Essen

Hygiene (Waschen/Baden/Toilettennutzung)

Treppensteigen

Transfer, Liegen/Sitzen

Gehen bzw. Rollstuhlfahren

An- und Auskleiden

**Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil**

die **Vitalparameter** nicht durchgehend stabil sind

bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen

(bitte Erkrankung anführen) \_\_\_\_\_

Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern

Komplikationen bestehen: (z. B. Desorientiertheit/ Demenz/ Depression/ wahnhafte Symptomatik/

Hinlauftendenz/ Wundkomplikationen/ Sehverlust/ Hörverlust)

Pflegegrad: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> eingeleitet	
Betreuung/Bevollmächtigter: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wer?	Tel.
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

**Anmeldung für (Datum):** \_\_\_\_\_

Rücksprache erwünscht/möglich unter Tel: \_\_\_\_\_