

Patient*innen Etikett/- Daten

Name, Vorname:

geboren am:

Krankenkasse:

Versichertennummer:

Hausarzt:

Anmeldung stationäre geriatrische Komplexbehandlung

stationär seit: _____ gewünschter Verlegungstermin: _____

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

OP Tag: _____

Isolation: ja nein
 MRSA VRE/ESBL/MRGN Clostridien
 Norovirus COVID-19
 Sonstige Infektionen: _____

Zusatzleistung: ja nein
 Chefarzt Einzelzimmer Doppelzimmer

Soziale Situation: von zu Haus HKP Pflegeheim
 Pflegegrad _____ Andere _____

Gesetzliche Betreuung: ja nein

Vorsorgevollmacht: ja nein

Angehörige/r, Bekannte/r, Betreuer/in: Name: _____
 Telefon: _____

Aktuelle Mobilität: Vollbelastung Teilbelastung _____ kg Gehstrecke _____ m
 bettlägerig Hilfsmittel _____

Hilfebedarf ADL Bereich: keiner wenig viel Barthel Index: _____

Kognitive Defizite: ja nein Delir Demenz

Instruktionsverständnis: gut mäßig schlecht

Sonstige Besonderheiten: Sitzwache/Hinlauffenzug Nasensonde/O₂
 PEG/Sondennahrung Stoma (z. B. Trachea, Ileo, ...)
 Dialyse Dialysetage: _____ Dialysezentr.: _____

Anmelderinformation/ Ansprechpartner*in: Name: _____
 Krankenhaus: _____
 Station/Fachgebiet: _____
 Rückrufnummer: _____
 Unterschrift (falls Anforderung per Fax): _____