

Ida-Wolff-Krankenhaus GmbH -Juchaczweg 21 - 12351 Berlin

Belegungsmanagement Telefon: 030 130 149 899 Fax: 030 130 291 498 96
eMail: belegungsmanagement.iwk@vivantes.de

- Patient zuvor in einer anderen Geriatrie
 Patient der allg. Pflegeklasse
 Patient mit Wahlleistung
 1-Bett-Zimmer
 Chefarzt

Patient / Etikett

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnort (Straße | Nr. | PLZ | Ort)

Krankenkasse:

Stempel Station | Arztpraxis

Absender:

Telefon:

Fax:

Arzt | Ärztin*: _____

Unterschrift*: _____

Telefon*: _____

*Pflichtfelder

Hauptdiagnose | OP-Tag:

Relevante Nebendiagnosen:

- | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|---|
| Demenz | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | bei Fraktur: | <input type="radio"/> vollständig belastbar |
| Delir | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | <input type="radio"/> teilbelastbar |
| Verhaltensauffälligkeiten | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | _____ kg |
| 1:1 Betreuung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> instabil | <input type="radio"/> übungsstabil |
| Dialyse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | |
| Infektionsstatus: | | | | |
| MRSA (akuter Nachweis) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Covid19 Impfung | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| MRSA (positive Anamnese) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Z.n. Covid19 | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| ESBL | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | |
| 4 MRGN | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | letzter PCR-Test: | <input type="radio"/> positiv |
| Clostridien | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | <input type="radio"/> negativ |
| andere isolierpflichtige Keime | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | _____ | |
| Covid19 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | (Datum) | |

Dekubitus / Wunde: _____

Pflegegrad: _____ **Barthel-Index:** _____

Verlegungsfähig ab (Datum): _____

<u>Dateipfad:</u>	<u>Erstell-Datum</u>	<u>Ersteller</u>	<u>Freigabe-Datum:</u>	<u>Freigabe durch:</u>	<u>Revision:</u>	<u>Seite(n):</u>
	18.07.2017	QM	15.03.2021	QM	1.3	1/1