



Anmeldebogen Akutgeriatrie

Kontaktdaten

verlegende Klinik / Einweiser

Telefonnummer

der Klinik / Einweiser

Gewünschter

Aufnahmetag

Angaben zum Patient

Patientenetikett (hier einkleben)

Patientendaten (falls kein Patientenetikett vorhanden)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Vollständige

Adresse

Tag der Aufnahme

beim Einweiser

Weitere Patientendaten

Telefonnummer

Patient

Telefonnummer

Angehörige

Hausarzt

Krankenkasse

☐ 1 Bett

☐ 2 Bett

☐ Chefarztbehandlung

Hauptdiagnose

Nebendiagnosen

Sozialanamnese

Pflegegrad	☐ 1 ☐ 4	☐ 2 ☐ 5	☐ 3 ☐ kein
Versorgung bisher	☐ Pflegedienst ☐ selbstständig	☐ 24h-Kraft	☐ Pflegeheim
Mobilität bisher	☐ mit Gehilfe ☐ voll	☐ rollstuhlmobil	☐ bettlägrig

Weitere Angaben

Belastung	☐ voll ☐ Entlastung	☐ 20 kg Teilbelastung	☐ 10 kg Teilbelastung
Barthel-Index	☐ 0 – 20 ☐ 60 – 80	☐ 20 – 40 ☐ 80 – 100	☐ 40 – 60
Kognition/Emotion	☐ voll orientiert ☐ aggressiv	☐ teilorientiert	☐ delirant
Ist der Patient aktuell isoliert?	☐ nein	☐ Kontaktisolation	☐ Vollisolation
Problemkeime	☐ MRSA ☐ 4-MRGN	☐ VRE ☐ Clostridien	☐ 3-MRGN ☐ keine
Invasivitäten	☐ ZVK ☐ PEG ☐ Urostoma ☐ keine	☐ Tracheostoma ☐ Port ☐ Colostoma	☐ Magensonde ☐ DK ☐ SPDK
Rehabilitation	☐ beantragt	☐ nicht beantragt	☐ aktuell nicht reha-fähig
Sonstiges	☐ Dialyse ☐ Wunden:	☐ Dysphagie	☐ Dekubitus

Wir bitten um einen **aktuellen negativen MRSA-Test**, der uns **1 Tag vor dem Aufnahmetag vorliegt**.
Bitte faxen Sie den Anmeldebogen und MRSA-Test an: 02632-404-5445

Anmeldedatum	
Name	Telefon

Unterschrift, Stempel