



Anmeldeformular

| |
|---|
| Johanniter Krankenhaus Godeshöhe Fachklinik für Geriatrische Reha |
| CA Prof. Dr. A. H. Jacobs |
| Kontaktdaten: Godeshöhe Waldstr. 2-10 53177 Bonn Tel. 0228 381 - 298 Fax. 0228 381 - 350 |
| Standort Geriatrische Station : Waldstr. 73 53177 Bonn |

| | | |
|---|--|--|
| Bitte Patientenadrema aufkleben! Mindest-Informationen: 1. Patientenvor- und -zuname, Geb.-Datum 2. Anschrift des Patienten 3. Einweisende/s Krankenhaus oder Arztpraxis 4. Telefonnummer der Station oder Praxis | Frühestmögliche Anmeldung (Wunschdatum): | Pflegegrad: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> beantragt |
| | Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Hausarzt: |
| | Privat 1-Bett <input type="checkbox"/> Privat 2-Bett <input type="checkbox"/> | |
| | KK/KV: VSNR: | Patientenkontakt: |

Zusätzliche Informationen vor Aufnahme

Bei Aufnahme wird benötigt : EKG / Röntgen Thorax / Labor

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 |
| Dialyse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | PEG <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Tracheostoma <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Isolation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Infektionen/MRE (Noro/MRSA/Clost./ESBL/VRE) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bei Ja: Welche? _____ | |
| Antibiotika/Chemotherapeutika <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bei Ja: Welche? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nasogastr./Sonde | |

Kurzassament

| Funktion/Ausprägung | normal/o.B. | leicht gestört/reduziert | schwer gestört/reduziert | schwerstens gestört/ reduziert |
|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Bett verlassen können (Transfer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dekubitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vigilanz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auffassung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprechen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hören/Sehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motivation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depressivität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum / Unterschrift
des zuweisenden Arztes: _____
(Name in Druckbuchstaben)

Tel.-Nr. für Rückfragen: _____

Stempel des Einweisers:

| | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------|------------------------|---------------|
| Name | Genehmigt durch | Freigegeben von: | Freigegeben am: | Seite |
| Form 086 Anmeldeformular Geriatric | Jacobs, Andreas [QM Genehmiger 2] | Peter Lutzer | [QM Freigegeben am] | Seite 2 von 2 |