

Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, Standort Johannesstift (Chefarzt Dr. H. Gockel)

Anmeldung zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (Kliniken)

Fax 0521-772-75115 Belegungsmanagement.ejk@evkb.de Rückfragen Belegungssteuerung 0521-772- 75191

Patientendaten (Aufkleber)	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat (Zusatz-)versichert Wahlleistung: <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett
Verlegungsfähig ab/ gew. Aufnahmetermin:	
Anmeldende Klinik <input type="checkbox"/> Verlegende Klinik hat derzeit keine eigenen Kapazitäten <input type="checkbox"/> Medizinische Notwendigkeit der Behandlung besteht	Ansprechpartner / Station (Tel./Fax-Nr.)
Hauptdiagnose / Nebendiagnosen:	
Welche Behandlungsziele sollen erreicht werden? Letzte geriatrische Behandlung (wo/wann?):	
Infektionen/Besiedelungen: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja, welche: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRGN wo? <input type="checkbox"/> Befunde liegen bei Übernahme vor	
Aktuelle Situation: Andere Gründe für Isolation / Einzelunterbringung: _____ Demenz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> demenz-assoz. Verhaltensstörung <input type="checkbox"/> Weglauftendenz Verwirrtheit/Delir/Psychiatr. Erkrankung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____ Körpergewicht (ca.): _____ kg Dialyse: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Datum nächste: _____ O₂: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> intermitt. <input type="checkbox"/> dauernd Tracheostoma: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Schluckstörung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja PEG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja MS: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Mobilität: <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Sitzen <input type="checkbox"/> Stand <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Teilbelastung _____ kg Transfers: <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> teilselbst. <input type="checkbox"/> selbständig HiMi: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Sonstige Harninkontinenz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> Vorlagen Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Stoma: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wunden/Dekubitus: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wo _____ <input type="checkbox"/> VAC-Verband Besondere Arzneimittel: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche _____ Barthel-Index: _____ Punkte (siehe beigegefügtes Formular) Pflegegrad: _____ PPR A _____ / S _____	
Häusliche Situation: <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> m. Angehörigen <input type="checkbox"/> amb. Pflegedienst <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege ges. Betreuung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Kontaktdaten: Kontaktdaten der Angehörigen: Name: _____ Tel.: _____ Pat. bzw. Angehörige sind über Verlegung informiert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Pat. ist mit 2-wöchiger Therapiedauer einverstanden: <input type="checkbox"/> ja	

Dieses Fax enthält vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen. Wenn Sie nicht der richtige Adressat sind oder dieses Fax irrtümlich erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten Sie dieses Fax. Das unerlaubte Kopieren sowie die unbefugte Weitergabe dieses Faxes ist nicht gestattet.

Hinweis: Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst