

Anmeldeformular

für die Akutgeriatrie im Leopoldina-Krankenhaus

Fax-Nummer 09721-720-2985

Anmeldender Arzt/Einrichtung			
Telefonnummer bei Rückfragen			
Patientenname, Geburtsdatum und Adresse			
Versicherungsstatus für stationäre Behandlung		<input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	Größe: cm Gewicht: kg
Hauptbehandlungsdiagnose			
Wichtige Nebendiagnosen			
Operationen/Frakturen?	Welche? OP-Datum?	<input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> teilbelastbar mit Kg <input type="checkbox"/> keine Belastung bis	
<input type="checkbox"/> Urininkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Blasenkatheter <input type="checkbox"/> Magensonde/PEG <input type="checkbox"/> Stomaversorgung		<input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit/Immobilität <input type="checkbox"/> rezidivierende Stürze/Gangstörung <input type="checkbox"/> Schmerz (akut/chronisch) <input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentengleichung <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden	
		<input type="checkbox"/> kognitive Defizite/Demenz <input type="checkbox"/> Depressionen/Angststörung <input type="checkbox"/> starke Seh-/Höreinschränkung <input type="checkbox"/> Multimedikation (mehr als 5) <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt innerhalb der letzten 6 Monate <input type="checkbox"/> sonstiges	
Pflegegrad <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Antrag gestellt			
Infektiöse Erkrankungen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche			
Mobilität (Einstufung) <input type="checkbox"/> Keine Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig			
Status vor Erkrankung <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Selbstversorgerin <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> familiäre Versorgung			
Angehörige inkl. Telefonnummer			
Sonstige Anmerkungen			