

Anmeldeformular - Akutgeriatrie

AGK

SKM

Versicherung:

Name:

Geburtsdatum:

Abteilung:

Diagnose/Aufnahmegrund:

Therapieziele:

Mobilisation

- selbstständig
- mit Begleitung
- mit Hilfsmittel
- Heraussetzen möglich
- bettlägrig

Hilfsmittel

- Krücken / Stock
- Gehwagen
- Rollstuhl
- Prothese _____

Essen und Trinken

- selbstständig
- mit Hilfe
- Schluckstörung
- PEG/Magensonde

Orientierung

- voll orientiert
- teilweise orientiert
- desorientiert
- zeitlich
- örtlich
- situativ

Pflege

- selbstständig
- mit Hilfe
- völlig hilfsbedürftig

Belastung nach OP

- nicht belastbar bis _____
- Teilbelastung bis _____
- Vollbelastung

Kardiopulmonale Belastbarkeit

- keine Einschränkung
- leichte Einschränkung
- wesentliche Einschränkung

Sauerstoffbedarf

- ja
- nein
- intermittierend

Zusätzlicher Rehabilitations-Antrag bereits gestellt? ja

nein

Weitere Versorgung: zu Hause unklar

Betreute Einrichtung _____

Telefonnummer PatientIn oder Angehörige: _____

Am Aufnahmetag ersuchen wir um Transfer der/des Pat. an unsere Abteilung zwischen 8:00 und 9:00 vormittags und um Mitgabe relevanter Befunde!

Unterschrift / Stempel

Datum

überweisender Arzt (Ansprechpartner für Rückfragen), E-Mail, Tel.-Nr. + DW

Falls binnen 1 Woche keine Antwort eintrifft, bitte um telefonische Kontaktaufnahme!!!