

Anmeldung Aufnahme Geriatrie (D01050) 1.1



Eduardus-Krankenhaus, Klinik für Geriatrie und Alterstraumatologie

Chefärztin: Dr. O. Eggert, Kontaktdaten: Tel: 0221-8274-2292, Fax: 0221- 8274-4440, geriatrie@eduardus.de
Custodisstr. 3-17, 50679 Köln-Deutz

Einweisendes Krankenhaus oder Arztpraxis	GKV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/>	1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/>
	Chefarzt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Information, ggf. Patientenetikett Vor- und Nachname Geb.-Datum Anschrift des Patienten Krankenkasse	Zusatzversicherung bei stationärem Aufenthalt:	
	Telefon für Rückfragen:	
	Gewünschter Verlegungstermin:	

Einweisungsdiagnose/Hauptdiagnose: _____

Bei OP: Datum _____

Bei Fraktur: Belastungsgrad: Vollbelastung Teilbelastung _____ kg bis zum Datum _____

Weitere relevante Diagnosen: _____

Akutmedizinischer Handlungsbedarf (*warum stationäre Behandlung notwendig ist*):

Barthel-Index: _____ Punkte (**bitte als Anlage beifügen**) Gewicht: _____ kg

Besonderheiten		Sozialmedizinische Aspekte	
Dialysepflicht	<input type="checkbox"/>	Wohnsituation vor Erkrankung:	
PEG	<input type="checkbox"/>	Angehörige/Ansprechspartner:	
Stoma	<input type="checkbox"/>	Vorsorgevollmacht:	
Beatmung	<input type="checkbox"/>	Gesetzl. Betreuung:	
VAC	<input type="checkbox"/>	Tel- Nr.:	
Hinlauftendenz	<input type="checkbox"/>	Pflegegrad:	
Verständigungsstörung	<input type="checkbox"/>	Heimanmeldung: notwendig <input type="checkbox"/> eingeleitet <input type="checkbox"/>	
Geriatrische Syndrome			
Immobilität	<input type="checkbox"/>	Depression/Angststörung	<input type="checkbox"/>
Sturzneigung	<input type="checkbox"/>	Starke Hör-/Sehbehinderung	<input type="checkbox"/>
Dekubitus/chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	Multimedikation	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	Kognitive Einschränkungen/Demenz/Delir	<input type="checkbox"/>
Chronischer Schmerz	<input type="checkbox"/>	Inkontinenz	<input type="checkbox"/>

Pathogene Keime/Isolationsbedarf: Nein Ja Grund der Isolation?

(bei stationären Patienten bitte MRSA-Abstich < 48h beifügen)