# Klinik für Geriatrie
# Anmeldebogen Aufnahme

## Zentrales Belegungsmanagement Fax 0221/8289-2709

**Evangelisches Krankenhaus Köln Kalk, Klinik für Geriatrie / Eduardus-Krankhaus, Klinik für Geriatrie**

| | | |
|---|---|---|
| Einweisendes Krankenhaus oder Arztpraxis | ☐ PKV<br>☐ Zusatzversicherung | ☐ 1-Bett ☐ 2-Bett<br>☐ Chefarztbehandlung |
| | Gewünschter Verlegungstermin: | |
| Information, ggf. Patientenetikett<br>Vor- und Nachname<br>Geb.-Datum<br>Anschrift des Patienten<br>Krankenkasse | Telefonnummer Ansprechpartner für Rückfragen: | |
| | Telefonnummer Angehörige / Zugehörige | |
| | ☐ Gesetzliche Betreuung:<br>**Stationär seit**_____ | |

**Einweisungsdiagnose/Hauptdiagnose:** (Bei OP bitte Datum angeben) _____

_____

_____

**Belastbarkeit** bei Fraktur: ☐ Vollbelastung ☐ Teilbelastung mit _____ kg bis zum_____

**Funktionelle Einschränkungen**: _____

_____

Der weitere **akutmedizinische Handlungsbedarf** ist bedingt durch:

_____

_____

**Barthel-Index:** _____ Punkte **ISAR:** _____ Pkt. **Gewicht**: _____ kg

**Pflegegrad:** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 **Pflegedienst** _____x Tag ☐ **Pflegende Angehörige**_____

**Wohnsituation vor Erkrankung**: ☐ selbstversorgend ☐ alleinlebend ☐ Wohnung, Stockwerk____
☐ Fahrstuhl ☐ Betreutes Wohnen ☐ Langzeitpflege ☐ Kurzzeitpflege
☐ Vorsorgevollmacht_____ ☐ rollatormobil ☐ auf Rollstuhl angewiesen

**Aktuelle Mobilität**: ☐ vollständig immobil ☐ Sitz Bettkante mit Hilfe ☐ Stand vor d. Bett mit Hilfe
☐ Gang im Zimmer ☐ Gang zur Toilette mit Hilfe

**Kognition:** ☐ in allen Qualitäten orientiert ☐ eingeschränkt orientiert ☐ vollkommen desorientiert

**Delir:** ☐ kein Delir ☐ hyperaktives Delir ☐ Hinlauftendenz ☐ hypoaktives Delir

**Sensorik:** ☐ Schwerhörigkeit ☐ Sehstörung ☐ **Sprachbarriere** Muttersprache_____
**Affekt:** ☐ depressive Stimmungslage ☐ Antriebsminderung ☐ Angststörung
**Kontinenz:** ☐ kontinent ☐ harninkontinent ☐ DK ☐ stuhlinkontient
**Besonderheiten:** (Dialysepflicht, PEG, chronische Wunden, VAC, Dekubiti, Stomata etc.) :

_____

**Isolation erforderlich,** Grund:
Mikrobiologiebefund bitte beifügen

**Bevorzugtes Krankenhaus: ☐ keine Präferenz ☐ EVKK ☐ Eduardus-Krankenhaus**

Tel. Sekretariat Klinik für Geriatrie **0221/8289-2700** Email: **akutgeriatrie@evkk.de**