

# Anmeldung

KLINIK FÜR GERIATRIE FRIEDBERG

Chefarzt Dr. Jörn Kuntsche

Tel.: 06031 89-3490

Fax: 06031 89-3491

KLINIK FÜR GERIATRIE SCHOTTEN

Chefarzt Dr. Jörn Kuntsche

Tel.: 06044 61-5704

Fax: 06044 61-5018

Friedberg  Schotten

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

gesetzliche Betreuer:  ja  nein

Adresse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Anmelder: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Diagnosen: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Angehörige: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Gewünschter Aufnahmeterrmin ab: \_\_\_\_\_

privat

Einbettzimmer  Zweibettzimmer

Frakturbelastung:  Vollbelastung  Teilbelastung: Wieviel \_\_\_\_\_ kg  Entlastung bis voraussichtlich: \_\_\_\_\_

Dekubitus:  nein  ja Wenn ja; Wo? \_\_\_\_\_ Grad: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Dialyse:  nein  ja Wenn ja; Wo? \_\_\_\_\_ Dialysetage: \_\_\_\_\_

MRSA:  nein  ja ESBL/MRGN:  nein  ja VRE:  nein  ja

Diarrhoe:  nein  ja Clostridium difficile:  nein  ja Noroviren:  nein  ja

MOBILITÄT	MOBILISATION	HILFSMITTEL	ERNÄHRUNG
<input type="checkbox"/> unabhängig (auch mit Hilfsmittel) <input type="checkbox"/> in Begleitung <input type="checkbox"/> nur mit Hilfsmittel und Begleitung <input type="checkbox"/> Transfer möglich <input type="checkbox"/> Bettlägerig	<input type="checkbox"/> unabhängig <input type="checkbox"/> Sessel <input type="checkbox"/> Bettkante <input type="checkbox"/> nicht mobilisiert	<input type="checkbox"/> Gehhilfen welche: _____ <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Orthese <input type="checkbox"/> Sonstige welche: _____	<input type="checkbox"/> unabhängig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> vollständig hilfsbedürftig
KÖRPERPFLEGE	KONTINENZ	ORIENTIERUNG	LOGOPÄDIE
<input type="checkbox"/> unabhängig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> vollständig hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> harninkontinent <input type="checkbox"/> stuhlinkontinent <input type="checkbox"/> DK-Versorgung Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> zeitweise desorientiert <input type="checkbox"/> desorientiert <input type="checkbox"/> bekannte Demenz	<input type="checkbox"/> kein Bedarf <input type="checkbox"/> Dysarthrie <input type="checkbox"/> Aphasie <input type="checkbox"/> Schluckstörung
LEBENSITUATION (bisher)	VERSORGUNG (Zuhause bisher)	PFLEGEGRAD	BARTHEL INDEX
<input type="checkbox"/> eigenständig <input type="checkbox"/> bei Angehörigen <input type="checkbox"/> im Alten-/Pfleheim	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> durch Familienangehörige <input type="checkbox"/> durch ambulanten Pflegedienst	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Pflegegrad vorhanden welche: _____	Summe: _____

Anmerkung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift



GESUNDHEITZENTRUM  
WETTERAU gGMBH

Akademisches  
Lehrkrankenhaus  
der Justus-Liebig-  
Universität Gießen