FORMULAR

Anmeldung zur Akutgeriatrie

cusanus
trägergesellschaft
trier mbH

Verbundkrankenhaus
Bernkastel/Wittlich

Hr. Dr. med. M. Bauer
Chefarzt Innere Medizin III
und Akutgeriatrie
Leitender Arzt: Hr. A. Dera
Karl-Binz-Weg 12
54470 Bernkastel-Kues
Tel.: 06531-58-25845
Fax: 06531-58-15890
E-Mail:
akutgeriatrie@verbund-krankenhaus.de

Anmeldung von (Klinik/ Arzt/ Station/ Telefon/ Fax):

……

……
(*Medikamentenplan bitte bei Aufnahme vorlegen!)*

Angaben zum Patienten:

Gewünschter Auf- bzw. Übernahmetermin: …….....

Name, Vorname: ……..... geb.: ……

Straße, Haus-Nr.: ……..……..…. PLZ, Ort:……..……..……..…….

Tel.- Nr. Ansprechpartner: …….....

O gesetzlich O privat O Chefarztbehandlung O 1 Bett O 2 Bett

Krankenkasse/ Versicherungs-Nr.: ...……..……..……

Tel.-Nr. von Angehörigen: ……..……..…….....

Hauptdiagnose: ……..……..……...

Klinische relevante Nebendiagnosen:..……..……..……

……

Aktueller Status:

Mobilität: O voll O m. Gehilfe O Rollstuhl O sitzstabil O keine Mobilität

Kognitiv: O voll orientiert O eingeschränkt O desorientiert O delirant O Hinlauftendenz

Affekt/ Antrieb: O ängstlich O agitiert O aggressiv O antriebsarm O depressiv

Pflegegrad: O nein O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O beantragt

O Gesetzl. Betreuung O Vorsorgevollmacht O Patientenverfügung *(Bei Aufnahme vorlegen!)*

Vorhandene Hilfsmittel: O Rollator O Rollstuhl O Krankenbett O Toilettenstuhl O ..……

Wohnen: O alleine O m. Partner/ Verwandten O betreutes Wohnen O Seniorenheim

Barthel-Index *(bei stationären Patienten)*: ……...

Besonderheiten:

O Dialyse O Dekubitus O Wundheilungsstörungen O Keime (MRSA, MRGN) O PEG

O nasogastrale Sonde O ZVK O Port O CPAP-Heimbeatmung O Tracheostoma

O Kolostoma O Nephrostoma O VAC-Therapie O Prothesen O Schluckstörung

O Sprach-/ Sprechstörung O hochgradige Sehstörung O Schwerhörigkeit

O Blasendauerkatheter

O sonstiges ……

Zielsetzung der geriatrischen Behandlung:

……

……

……

1. Ist der Patient/ Betreuer mit der akutgeriatrischen Behandlung einverstanden?

   O ja O nein

2. Hiermit bestätigen wir, dass ein medizinischer Behandlungsgrund vorliegt.

3. Wurde bereits eine Reha-Maßnahme beantragt?

   O ja O nein

--- ---

Datum der Anmeldung **Name, Unterschrift, Stempel**