**Anmeldung zur Akutgeriatrischen Behandlung**

**Kontakt:** [**altersmedizin@klinikum-oberberg.de**](mailto:altersmedizin@klinikum-oberberg.de)

**Tel. (8:00-13:00 Uhr): 02261-17-1670**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patientenaufkleber  Mindest-Informationen:  Patientenvor- und Zuname  Geb.-Datum  Anschrift der Patientin/des Patienten  Krankenkasse | Einweisende/s Praxis/Krankenhaus |  |
| Verlegende Abteilung (hausintern) |  |
| **Telefon-Nr. für Rückfragen** |  |
| Gewünschter Verlegungstermin |  |

Chefarztbehandlung □ 1-Bett □ 2-Bett □

**Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OP-Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Bei Fraktur

□ Vollbelastung □ Teilbelastung □ keine Belastung bis \_\_

Wunde reizlos: □ Ja □ Nein

Problemkeime: □ Ja □ Nein Bei Ja: Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonstiges (z.B. Dialyse/DK/Stoma): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wohnstatus vor Erkrankung:**

□ selbstständig □ selbstständig mit amb. Pflegedienst □ betreutes Wohnen

□ 24-Stundenbetreuung □ Pflegeheim

Pflegegrad: \_\_\_ Betreuung: □ Ja □ Nein Bei Ja: Wer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Beweglichkeit/Mobilisation vor Krankenhausaufenthalt:**

□ ohne Hilfsmittel □ Gehstock □ Rollator □ Rollstuhl

**Aktueller Fertigkeitsstand:**

Gehen: □ alleine □ mit Rollator □ mit Stütze □ unmöglich

Aufstehen: □ alleine □ mit Unterstützung □ unmöglich

Demenz bekannt: □ Ja □ Nein

Patientin/Patient und Angehörige sind über die Anmeldung informiert und einverstanden:

□ Ja □ Nein Angehörige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anforderung durch: Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_