

Akutgeriatrischer Einbestellbogen

Name, Anschrift und Geburtsdatum des Patienten:

Bitte Patienten Etikettenaufkleber anbringen

Krankenkasse:

Versicherungsstatus:

<input type="checkbox"/> gesetzl. KK	<input type="checkbox"/> Einbett
<input type="checkbox"/> Gesetzl. KK mit Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Zweibett
<input type="checkbox"/> Private KV	
<input type="checkbox"/> mit Chefarzt	
<input type="checkbox"/> ohne Chefarzt	

Zutreffendes bitte ankreuzen

Pflegegrad vorhanden, wenn ja welcher:

Gewünschtes Aufnahmedatum:

Hauptdiagnose:

Nebendiagnose:

Liegen zusätzlich typisch geriatrische Diagnosen vor wie z.B.:
zutreffendes bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> geriatrietypische Multimorbidität	<input type="checkbox"/> Schmerzsyndrome im Alter
<input type="checkbox"/> Sturz	<input type="checkbox"/> cerebrovaskuläre Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Gangstörung	<input type="checkbox"/> kognitive und psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> lokomotorische Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen
<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/> Harn/Stuhlinkontinenz
<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Polypharmazie (> 5 Medikamente)

Mobilität:

<input type="checkbox"/> Bettlägrig
<input type="checkbox"/> Rollstuhlfähig
<input type="checkbox"/> Gehen mit Hilfe

Zutreffendes bitte ankreuzen

Welche der oben bestehenden Erkrankungen sind weiter stationär behandlungsbedürftig?

Problemkeime ?

Angabe zur sozialen Situation/häusliche Versorgung:

Reha beim Kostenträger beantragt?

Ja ___ Nein ___

Zutreffendes bitte ankreuzen

Sonstige Angaben (z. B. Dialyse, intermitt. Beatmung, Monitoring etc. ?)

Ärztliche Berichte, wenn vorhanden bitte beifügen !!!

Anmeldedatum: _____

Ärztlicher Ansprechpartner mit Durchwahl und Stempel:
