



**MARTHA
MARIA**

Unternehmen
Menschlichkeit

Antrag auf stationäre Aufnahme in die Akutgeriatrie

Bitte vollständig ausgefüllt an Telefax (0345) 559-1442 senden

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
Betreuer: _____ Krankenkasse: _____

Name anmeldender Arzt:

Krankenhaus/Abteilung: _____
Telefon: _____
Seit wann in stationärer Behandlung?: _____

Adresse Hausarzt-/Facharztpraxis: _____
Telefon: _____

Hauptdiagnose:

Welcher akutmedizinische Behandlungsbedarf besteht:

Relevante Nebendiagnosen/Vorerkrankungen (bitte in Tabelle ankreuzen und ausfüllen):

<input type="checkbox"/>	Stürze
<input type="checkbox"/>	Z. n. COVID-19-Infektion wann?
<input type="checkbox"/>	Depression <input type="checkbox"/> ohne Suizidalität <input type="checkbox"/> mit Suizidalität
<input type="checkbox"/>	Kognitive Einschränkung <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Delir wann?
<input type="checkbox"/>	Chronische Schmerzen
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/>	Arterielle Hypertonie
<input type="checkbox"/>	COPD/Asthma bronchiale
<input type="checkbox"/>	Respiratorische Insuffizienz aktueller pO ₂ _____ pCO ₂ _____ pH _____
<input type="checkbox"/>	Herzinsuffizienz aktuelle EF: _____
<input type="checkbox"/>	Lungenarterienembolie <input type="checkbox"/> pulmonale Hypertonie/Rechtsherzbelastung
<input type="checkbox"/>	Niereninsuffizienz aktuelle GFR: _____ Dialyse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	M. Parkinson
<input type="checkbox"/>	Z. n. Schlaganfall <input type="checkbox"/> Hemiparese
<input type="checkbox"/>	Z. n. Frakturen <input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/>	Bekannte Epilepsie
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____

Aktuell erfolgte akutmedizinische Therapie/Operation:

Verhalten und Mobilität:

Anweisungsverständnis ist vorhanden: ja nein
Patient ist weglaufgefährdet: ja nein
Patient ist für die frührehabilitative Komplexbehandlung motiviert: ja nein
Mobilität: ohne Hilfsmittel mit Gehstock mit Rollator im Rollstuhl
 Transfer nur mit Hilfsperson bettlägerig seit wann? _____
Bei traumat./orthopäd. Pat.: Vollbelastung Teilbelastung kg Bis wann?

Pflegegrad: I II III IV V kein PG

Multiresistente Erreger: nein ja welche

Impfung SARS-COV-2 ist erfolgt: nein ja

Gewünschter Aufnahmeterrmin:

Datum der Anmeldung: _____

Unterschrift/Stempel: _____

Bitte faxen Sie den aktuellen Medikationsplan mit! Vielen Dank.