

Fax-Anmeldung: 030/ 3035 4359

Geriatrische Komplexbehandlung (OPS 8-55)

Patient: _____ geb. am: _____
wohnh.: _____

Diagnosen (ggf. OP-Datum): _____

Bisheriger Krankheitsverlauf / Anmerkungen: _____

Akutstationärer Behandlungsbedarf: _____

MRSA / ESBL / VRE ja nein

Desorientierung: ja nein zeitweise

Körperlicher Status: (Barthel-Index ____ Punkte)

	<u>ohne Hilfe</u>	<u>mit Hilfe</u>	<u>Pflegegrad</u>
gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
sich umsetzen Bett/(Roll-)Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
frei sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
sich an- und auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5
sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Frührehabilitations-/
Entlassungsziel: Rückkehr in die eigene Wohnung
 Wohnen bei Angehörigen
 Pflegewohnheim
 Sonstiges: _____

Transport

sitzend
 liegend

Hausarzt: _____

Wahlleistungen:

Angehörige (Name / Tel.): _____

1-Bett 2-Bett CA

Betreuer (Name / Tel.): _____

Gewünschter Übernahmetermin: _____

Stempel der Einrichtung / Ansprechpartner

Tel.-Nr. für Rückfragen:

Station

Datum

Bitte alle radiologischen Unterlagen, Laborbefunde sowie eine Kopie der Entlassungsbriefe bei Verlegung mitschicken!