

Patientenetikett



## Anmeldung zur Akutgeriatrie

Rückfax an: 02641 83-1470 oder per E-Mail an: teamsekgeri.aw@marienhaus.de

### Ärztliche Berichte, wenn vorhanden bitte beifügen!

Einweisende Praxis, Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Privat: ja  nein

1 Bett  2 Bett

Pflegegrad vorhanden, wenn ja welcher: \_\_\_\_\_

Gewünschtes Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_

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

Liegen zusätzlich typisch geriatrische Diagnosen vor, wie z. B.:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geriatrische Multimorbidität      | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungsapparates             | <input type="checkbox"/> Kognitive und psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Sturzsyndrom                      | <input type="checkbox"/> Schwindel im Alter                              | <input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen                   |
| <input type="checkbox"/> Gangstörung                       | <input type="checkbox"/> therapieresistentes, chronisches Schmerzsyndrom | <input type="checkbox"/> Harn-/ Stuhlinkontinenz               |
| <input type="checkbox"/> Lokomotorische Beeinträchtigungen | <input type="checkbox"/> Cerebrovaskuläre Erkrankungen                   | <input type="checkbox"/> Polypharmazie (>5 Medikamente)        |

Mobilität:  bettlägerig  rollstuhlmobil  Gehen mit Hilfe

Eine Übernahme aus anderen Kliniken kann erst zugesagt werden, wenn uns folgende Abstriche vorliegen:

MRSA-Abstrich aus Nase-Rachen	negativ	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
MRSA-Abstrich von ggf. vorhandenen Wunden/Kathetern	negativ	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
MRGN- und VRE-Abstriche von rektal	negativ	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
SARS-CoV2 PCR-Abstrich Nase-Rachen	negativ	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonstige Angaben (Dialyse/ Monitoring):

#### Bei COVID-19-Patienten:

Negative Abstriche am: \_\_\_\_\_ Symptombeginn am: \_\_\_\_\_

Anmeldedatum \_\_\_\_\_

Ansprechpartner mit Durchwahl \_\_\_\_\_