

Aufnahmeinformationen für die geriatrische Rehabilitation

Name _____

Geburtsdatum _____

Einweisende Abteilung _____

Keimbesiedlung: MRSA MRGN VRE LRE

Wenn ja, wo: _____

Vereinzelung im Krankenhaus: Ja Nein

Wunden: Ja Nein

Lokalisation: _____

Art der Wundversorgung: _____

Dekubitus: Ja Nein Grad: _____

Lokalisation: _____

Art der Wundversorgung: _____

Intravenöse Antibiotikatherapie: Ja Nein

Kognition: Unauffällig Demenz bekannt Delir im KH geistige Retardierung

andere psychische Erkrankungen mit Einfluss auf die aktuelle Situation nächtliche Unruhe

Motorische Unruhe/Stürze Aggression /herausforderndes Verhalten Hinlauftendenz

Ausscheidung: Urostoma/Nephrostoma Anus praeter

Adipositas über 130 kg: Ja Nein

Atmung: aktuell O₂-pflichtig Langzeitsauerstofftherapie Ambulante nichtinvasive Beatmung