

Anmeldung zur Aufnahme an die Akutgeriatrie

Patientenname:

Zuweisender Arzt:

Geburtsdatum:

Krankenhaus:

SV Träger:

Abteilung:

SV Nummer:

Tel. Nr.:

Mögliches Übernahmedatum:

Einverständnis Patient vorliegend

Allgemeinklasse

Sonderklasse

Einzelzimmer

Hauptdiagnose ICD10:

Relevante Nebendiagnosen:

Aktuelle Infektionen: MRGN MRSA ESBL keine

Sonstige Infektionen:

Zielvorstellung:

Geplante Kontrollen:

Extramurale Versorgung bis zum aktuellen Aufenthalt:

<input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> wohnt zu Hause	<input type="checkbox"/> selbstständig
<input type="checkbox"/> HKP	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> 24h Betreuung
<input type="checkbox"/> Betreuung durch Angehörige ausreichend		

Erwachsenenvertretung

Bezugsperson

Name

Name

Tel. Nr.

Tel. Nr.

Patientenverfügung vorliegend

Pflegegeld Stufe:

Versorgung nach Krankenhaus Aufenthalt geklärt:

<input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> selbstständig
<input type="checkbox"/> Betreuung durch Angehörige ausreichend	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> 24h Betreuung
<input type="checkbox"/> HKP	<input type="checkbox"/> in Bearbeitung mit/durch:

Mobilität**Mobilität bisher / vor stat. Aufnahme:**

selbstständig
 mit Hilfe Personen
 Hilfsmittel:
 selbstständig Rollstuhlmobil
 immobil

Mobilität derzeit:

selbstständig
 mit Hilfe Personen
 Hilfsmittel:
 selbstständig Rollstuhlmobil
 immobil

OP am:

volle Belastung Teilbelastung bis volle Entlastung bis
 Drainagen: Ableitungen: Sonde:

Selbstpflegedefizit

Waschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
An- Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
PEG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> abgeklärt
Nasogastrale Sonde:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Inkontinenz

Stuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Colostoma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Harn	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nephrostoma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
DK	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Shunt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Atmung

Sauerstoffpflichtig ja nein
 Heimsauerstoff vorhanden ja nein

Orientierung

orientiert
 nicht orientiert: Tag: teilweise orientiert
 desorientiert
 Nacht: teilweise orientiert
 desorientiert

Verhalten

ruhig unruhig flüchtig

Demenz Delir Depressio

Hautzustand:

Gips: ja nein bis

Mieder: ja nein bis

Schiene: ja nein bis

Verband: ja nein bis

Freiheitsbeschränkung: medikamentös
 nicht medikamentös: Therapietisch
 Bettgitter
 Sonstiges

Rücknahmezusicherung:

Wenn der Zustand des Patienten nicht den Angaben auf der Anmeldung entspricht bzw. die pflegerischen oder medizinischen Anforderungen in der Station Akutgeriatrie / Remobilisation nicht erfüllt werden können, erfolgt eine Rücküberstellung bzw. Entlassung (bei Zuweisungen durch den Hausarzt) innerhalb von 3 Tagen.

zur Kenntnis genommen

Datum

Name in Blockschrift und Unterschrift des Arztes

Aufgrund der beschränkten Kapazität ergeben sich Wartezeiten. Ob eine Aufnahme erfolgt entscheidet der geriatrische Facharzt. Bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt.

Unsere DaMe-Adresse lautet: KHFRIES

Das Formular steht auf unserer Homepage unter www.dokh.at zum Download zur Verfügung