

Anmeldung für stationäre Aufnahme – Akutgeriatrie Stat. 4.3

St. Josef Krankenhaus Schweinfurt: Fax: 09721 – 57 17 30

Sekretariat: Tel.: 09721 – 57 44 35 (Mo.-Fr. von 08.00- 13:00)Uhr

Anmeldung durch, ggf. Stempel	Patientendaten, ggf. Patientenetikett
-------------------------------	---------------------------------------

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Privat-Patient: ☐ ja, ☐ nein,
wenn ja: ☐ 1-Bett, ☐ 2-Bett, ☐ CA-Behandlung

Status vor Erkrankung:

☐ selbstständig ☐ selbstständig m. fam. Hilfe ☐ Altenheim ☐ betreutes Wohnen

Pflegegrad: ☐ nein ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ eingeleitet ☐ abgelehnt

Betreuer/ Bevollmächtigter: ☐ nein ☐ ja, wer? _____

Patientenverfügung: ☐ nein ☐ ja **Patientenvollmacht:** ☐ nein ☐ ja; Zugunsten: _____

Stationärer Status:

Ggf. OP-Datum _____

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose: _____

Weitere relevante Diagnosen:

- _____
- _____
- _____

Barthel-Index _____ Punkte(bitte als Anlage beifügen)

(1)

Bei Fraktur:

OP-Datum: _____

☐ voll belastbar ☐ teilbelastbar ab _____ mit _____ kg,

☐ übungstabil ☐ keine Belastung bis _____

Geriatrische Multimorbidität:

☐ Frailty	☐ Mangelernährung	☐ Fehlernährung	☐ Gebrechlichkeit
☐ Multimedikation (> 5 Präparate)	☐ verz. Rekonvaleszenz		
☐ Immobilität	☐ rezidiv. Stürze	☐ Gangstörung	☐ Schwindel
☐ kogn. Defizite	☐ Delir	☐ Demenz	☐ Angststörung
☐ Hinlauftendenz	☐ Herausforderndes Verhalten		
☐ Wunden	☐ Dekubitus	☐ Schmerz	
☐ Depression	☐ Sehinderung	☐ Hörminderung	☐ Inkontinenz
☐ Exsikkose	☐ Elektrolytentgl.		

Sonstige: ☐ nasogastrale Sonde ☐ PEG ☐ DK ☐ SPDK ☐ Tracheostoma

Aktuelle i.v. Therapie? ☐ nein ☐ ja, weil _____

Gabe von ☐ Tumor- ☐ Immun- ☐ Hormontherapeutika

Chemotherapie/Radiatio ☐ nein ☐ ja

MRSA-Abstrich erfolgt ☐ ja, ☐ positiv, ☐ negativ; ☐ nein

3 MRGN-Abstrich erfolgt ☐ ja, ☐ positiv, ☐ negativ; ☐ nein

4 MRGN-Abstrich erfolgt ☐ ja, ☐ positiv, ☐ negativ; ☐ nein

Lokalisation: _____

Andere Infektionen: ☐ nein ☐ ja, _____

Erbrechen ☐ ja ☐ nein Durchfall ☐ ja ☐ nein