

Anmeldung zur geriatrischen Komplexbehandlung
 Fax 03371 / 699158

Patientenetikett	Anmeldende Einrichtung / Stempel
------------------	----------------------------------

Hauptdiagnose:.....

.....

behandlungsbedürftige

Nebendiagnosen:.....

.....

Multiresistente Keime	o MRSA	o MRGN	o _____
-----------------------	--------	--------	---------

Der Patient ist	
orientiert o ja o nein o grob	mobil o ja o nein
bettlägerig o ja o nein	gefähig mit Hilfe o ja o nein

Sprachstörungen o ja o nein	Schluckstörungen o ja o nein
Port o ja o nein	Magensonde o ja o nein
Shunt o ja o nein	Blasenkatheter/ Cystofix o ja o nein

Soziale Situation	
Pflegestufe o ja welche o nein Beantragt:	Angehörige :
	Telefonnummer:
Hauskrankenpflege:	Heimbewohner o ja o nein

Motivation o gut o mäßig o schlecht

Behandlungsziel:.....

Gewünschter Verlegungstermin:..... Ansprechpartner:.....

Unterschrift:..... Telefonnummer.....