

Medizinische Universität Lausitz - Carl Thiem | Postfach 100 363 | 03003 Cottbus

Medizinische Universität Lausitz - Carl-Thiem
Department Geriatrie
Thiemstraße 111
03048 Cottbus

Department Geriatrie
Frau Dr. med. K. Grune
leitende Abteilungsrztin

per Fax: 0355 46-2266
Telefon: 0355 46-3838

Download des Anmeldeformulars: www.mul-ct.de, Zuweiser, Anmeldung von Patienten, Geriatrie

Anmeldeformular

für die Aufnahme in die

☐ vollstationäre geriatriische Behandlung

☐ teilstationäre geriatriische Behandlung

gewünschter Aufnahmeterrnin: _____

Patient

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Bewohner stationäre Pflegeeinrichtung: ☐ ja ☐ nein

Pflegegrad: ☐ ja, Grad _____ ☐ nein

Versicherungsstatus

Name der Krankenkasse: _____

Art der Versicherung: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ privat zusatzversichert

Wahlleistung

☐ Chefarztbehandlung ☐ 1-Bett-Zimmer

Soziales Umfeld

Daten der Kontaktperson

Nachname: _____ Vorname: _____

Telefon: _____

Anschrift: _____

Hausarzt/einweisende Klinik

Name/Praxis-, Klinikstempel: _____

Anschrift _____

Telefonnummer/Faxnummer: _____

Name des Patienten: _____

Hauptdiagnose: _____ vom: _____

Relevante Nebendiagnosen: _____

Covid-Impfung: ☐ ja ☐ nein

Datum: _____

Fähigkeitsstörungen

	intakt	nicht intakt
Selbstversorgung		
persönliche Hygiene		
An-/Auskleiden		
Nahrungsaufnahme		
Urin-/Stuhlkontinenz		
Körperliche Beweglichkeit		
Bett allein verlassen		
Bett mit Hilfe verlassen		
Gleichgewicht		
Sitzen		
Beweglichkeit Arme Beine		
Fortbewegung		
Stehen		
Gehen		
Treppen steigen		
Kommunikation		
Sprechen		
(Sprach-)Verständnis		
Hören		
Sehen		
Verhalten		
Mitwirken bei Therapie		
Stimmung		
Kognition		
zeitlich		
örtlich		
zur Person orientiert		
situativ		
adäquates Umsetzen von Anweisungen		
Gedächtnis		
Sonstiges		
nein		ja
Hinlauff Tendenz		
aggressives Verhalten		

Besonderheiten:			
Dekubitus/Wunden (Wo?) :			
Drainagen (Art):			
Katheter (Art):			
Sonden (Art):			
Patient ist derzeit isoliert ☐ ja ☐ nein			
aktueller Infektionsstatus:			
☐ MRSA	☐ VRE	☐ 3MRGN	☐ 4MRGN
☐ anderer Erreger			
nachgewiesen in:			
☐ Nase/Rachen		☐ Wunde	
☐ Urin		☐ Stuhl	
☐ Blut		☐ Sputum	
Durchfall		☐ ja	☐ nein
Erreger:			
Bei Fraktur:			
OP-Datum: _____			
☐ vollbelastet		☐ teilbelastet	_____kg
☐ übungsstabil		☐ Entlastung	
Entlassung:			
☐ nach Hause			
☐ stationäre Pflegeeinrichtung			
☐ Häuslichkeit Angehöriger			

Ziele des interdisziplinären Therapieprogramms

- ☐ Verbesserung der Mobilität, Gangsicherheit, Gleichgewicht und Kraft
- ☐ Strategie für den Alltag, Anwendung von Hilfsmitteln erlernen
- ☐ Verbesserung der Körperfunktionen im Bereich Feinmotorik und Beweglichkeit
- ☐ psychische Verbesserung und Schmerzbewältigung
- ☐ Erhalt und Verbesserung der vorhandenen psychosozialen kognitiven Ressourcen
- ☐ Erhalt und Verbesserung der Sprachfähigkeit
- ☐ andere: _____

Bitte schicken Sie relevante Entlassungsberichte und einen aktuellen Medikamentenplan mit!