

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus | Postfach 100 363 | 03003 Cottbus

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH
Department Geriatrie
Thiemstraße 111
03048 Cottbus
per FAX: 0355 462266
Telefon: 0355 463838

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

Download des Anmeldeformulars: www.ctk.de, Geriatrie, Zuweiser

Anmeldeformular

für die Aufnahme in die

vollstationäre geriatrische Behandlung

teilstationäre geriatrische Behandlung

gewünschter Aufnahmetag: _____

Patient

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

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 Datum: _____

nein

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		
Hinlauftendenz				
aggressives Verhalten				
Besonderheiten:				
Dekubitus/Wunden (Wo?):				
Drainagen (Art):				
Katheter (Art):				
Sonden (Art):				
Patient ist derzeit isoliert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
aktueller Infektionsstatus:				
<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> 4MRGN				
<input type="checkbox"/> anderer Erreger				
nachgewiesen in:				
<input type="checkbox"/> Nase/Rachen <input type="checkbox"/> Wunde				
<input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl				
<input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Sputum				
Durchfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Erreger:				
Bei Fraktur:				
OP-Datum: _____				
<input type="checkbox"/> vollbelastet <input type="checkbox"/> teilbelastet <input type="checkbox"/> _____ kg				
<input type="checkbox"/> übungsstabil <input type="checkbox"/> Entlastung				
Entlassung:				
<input type="checkbox"/> nach Hause				
<input type="checkbox"/> stationäre Pflegeeinrichtung				
<input type="checkbox"/> 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!