

## Anmeldeformular - Akutgeriatrie

AGK

SKM

Versicherung:

Name:

Geburtsdatum:

Abteilung:

Diagnose/Aufnahmegrund:

Therapieziele:

### Mobilisation

- selbstständig
- mit Begleitung
- mit Hilfsmittel
- Heraussetzen möglich
- bettlägrig

### Hilfsmittel

- Krücken / Stock
- Gehwagen
- Rollstuhl
- Prothese \_\_\_\_\_

### Essen und Trinken

- selbstständig
- mit Hilfe
- Schluckstörung
- PEG/Magensonde

### Orientierung

- voll orientiert
- teilweise orientiert
- desorientiert
- zeitlich
- örtlich
- situativ

### Pflege

- selbstständig
- mit Hilfe
- völlig hilfsbedürftig

### Belastung nach OP

- nicht belastbar bis \_\_\_\_\_
- Teilbelastung bis \_\_\_\_\_
- Vollbelastung

### Kardiopulmonale Belastbarkeit

- keine Einschränkung
- leichte Einschränkung
- wesentliche Einschränkung

### Sauerstoffbedarf

- ja
- nein
- intermittierend

Zusätzlicher Rehabilitations-Antrag bereits gestellt?  ja

nein

Weitere Versorgung:  zu Hause

unklar

Betreute Einrichtung \_\_\_\_\_

Telefonnummer PatientIn oder Angehörige: \_\_\_\_\_

**Am Aufnahmetag ersuchen wir um Transfer der/des Pat. an unsere Abteilung zwischen 8:00 und 9:00 vormittags und um Mitgabe relevanter Befunde!**

Unterschrift / Stempel

Datum

überweisender Arzt (Ansprechpartner für Rückfragen), Fax-Nr., Tel.-Nr. + DW

Falls binnen 1 Woche keine Antwort eintrifft, bitte nochmals faxen oder telefonische Kontaktaufnahme!!!