

# ANMELDEFORMULAR

AGK  SKM  Versicherung:

Name:  Geburtsdatum:

Derzeit stationär im KH:  Abteilung:

Diagnosen:

Therapieziele:

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

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

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

- Pflege**
- selbstständig
  - mit Hilfe
  - völlig hilfsbedürftig

- Kardiopulmonale Belastbarkeit**
- keine Einschränkung
  - leichte Einschränkung
  - wesentliche Einschränkung

- Essen und Trinken**
- selbstständig
  - mit Hilfe
  - Schluckstörung
  - PEG/Magensonde

- Belastung nach OP**
- nicht belastbar bis \_\_\_\_\_
  - Teilbelastung bis \_\_\_\_\_
  - Vollbelastung

- Sauerstoffbedarf**
- ja
  - nein
  - intermittierend

**Zusätzlicher Rehabilitations-Antrag bereits gestellt?**  ja  nein  
**Weitere Versorgung:**  zu Hause  unklar  Betreute Einrichtung \_\_\_\_\_

**Indikation für Akutgeriatrie:** Multimorbidität mit Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, Bedarf nach funktionsfördernder, funktionserhaltender oder reintegrierender Therapie

**Gewünschter TERMIN:**

**Am Aufnahmetag ersuchen wir um Transfer der/des Pat. an unsere Abteilung bis 10 Uhr vormittags und um Mitgabe relevanter Befunde!**

Stempel

Datum

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

**Stellungnahme des Aufnahmearztes:**  
 Aufnahme möglich Termin:

Aufnahme **nicht** möglich – Begründung: \_\_\_\_\_