



Aufnahmeantrag zur geriatrischen Behandlung

Klinik für Geriatrie

Information

Anmeldung am:		Einbestellung am:	
Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Krankenversicherung:		Wahlleistungen:	
Aufnahmegrund/Diagnose:			
Einweisender Arzt:			
Situation vor Einweisung:			
Angehörige:			
Telefonnummer:			
Pflegegrad:	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ nicht bekannt ☐		
Mobilität:	voll ☐ mit Gehhilfe ☐ rollstuhlfähig ☐ keine Mobilität ☐		
Kognition:	voll orientiert ☐ eingeschränkt orientiert ☐ desorientiert ☐		
Pflegebedarf:	selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ Übernahme ☐		
Affekt/Antrieb:	ängstlich ☐ agitiert ☐ aggressiv ☐ Hinlauftendenz ☐		
Versorgung:	allein ☐ mit Angehörigen ☐ ambulanter Pflegedienst ☐ stat. Pflegeeinrichtung ☐	Welcher? _____ Wo? _____	
Wohnsituation:	Treppen ☐ Aufzug ☐ barrierefrei ☐		
Vorhandene Hilfsmittel:	Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Krankenbett ☐ Toilettenstuhl ☐		
Besonderheiten:	Gesetzliche Betreuung ☐ Patientenverfügung ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Diät ☐ Dialyse ☐ Dekubitus ☐ Infektion (MRSA/ESBL etc.) ☐ Wundheilungsstörungen ☐ PEG ☐ nasale Sonde ☐ ZVK ☐ Port ☐ Sonstiges ☐	liegt vor? Ja ☐ Nein ☐ liegt vor? Ja ☐ Nein ☐ liegt vor? Ja ☐ Nein ☐ Welche? _____ Wann? Wo? _____ Wo? _____ Wo? _____ Wo? _____	
SARS-CoV-2 Impfstatus:			
Bemerkung:			