

**Anmeldung Geriatrie EvB Bad Belzig –
Patienten extern**

Datum _____

Koordination:

Fax: 033841 / 93 - 189

Telefon 033841 / 93- 333 oder 033841 / 93 – 513

Name/ Patientenaufkleber	Anmelder/ Ansprechpartner/ Telefon:
--------------------------	--

Hauptdiagnose:

Multiresistente Keime mit Isolationsbedarf:

MRSA 3MRGN 4 MRGN VRE

Covid-Abstrich –Datum

Aktuelle geriatrische Problematik:

- Sturzneigung / Schwindel
- Immobilität
- Frailty (Gebrechlichkeit)
- Fehl- / Mangelernährung
- (Hemi -) Parese
- Kognitive Defizite
- Depression / Angst
- Decubitus / Chronische Wunden _____
- _____
- Prothesentraining
- Hilfsmittelversorgung
- Inkontinenz

Dialysepflicht:

ja nein

Soziale Situation bisher:

Pflegestufe vorhanden: nein ja,
welche? _____

allein lebend Familie Soz. Station
 Betreutes Wohnen Heim

Ansprechpartner/Betreuer/-in: _____

Instruktionsverständnis:

gut mäßig schlecht

Motivation:

gut mäßig schlecht

Rehabilitationspotential

gut mäßig schlecht

Gewünschtes Behandlungsziel:

Gewünschtes Übernahmedatum:

Erstellt durch	Geprüft und freigegeben durch	Stand
OÄ Dr. Stoppe	CÄ Dr. Brenneis	08 / 2020