



Anmeldeformular St. Marien-Hospital / Akutgeriatrie / CA Dr. med. S. Beckers

Kontaktdaten: Hospitalstr.44 / 52353 Düren / Tel: 02421-805657 / Fax: **02421-805 7079**

- stationär teilstationär (Tagesklinik)

(Patientenaufkleber)	Absender Stempel
Name, Vorname:	
Geb. Datum:	Station:..... Telefon:.....
	Datum: Arzt:
<input type="checkbox"/> Kassenpatient Kasse/Versicherung <input type="checkbox"/> Privatpatient	<input type="checkbox"/> Privat 1-Bettzimmer <input type="checkbox"/> mit Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> Privat 2-Bettzimmer <input type="checkbox"/> ohne Chefarztbehandlung

Status vor Erkrankung: Selbstständig/Wohnung betreutes Wohnen Altenheim/Pflegebereich

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:

Weitere relevante Diagnosen oder Arztbrief:

Die Notwendigkeit einer weiteren Krankenhausbehandlung besteht, weil:

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
 bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen (bitte Erkrankung und Maßnahmen angeben):

- Komplikationen bestehen: Desorientiertheit, Depression, wahnhafte Symptomatik, Wundkomplikationen etc

Barthel-Index: _____ Punkte (bitte als Anlage beifügen)

OP-Datum:bei Fraktur voll belastbar Teilbelastung ab mit kg

- übungstabil keine Belastung bis

Erbrechen ja nein

Durchfall ja nein

Infektionen (Noro/MRSA/Clostr./o.ä.)

ja nein **bei JA: welche:.....(Befunde faxen)**

Hinlauftendenz ja nein

Aggressivität ja nein

Sonstiges:

- Sprech-/Sprachstörungen Dysphagie PEG nasogastr. Sonde Tracheostoma
 Wundheilungsstörungen Dialyse O2 Versorgung CPAP Stoma
 SPDK DK ZVK Prothese

Geriatrische Multimorbidität: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Immobilität /Frailty/Gebrechlichkeit Mangel-/Fehlernährung Depressionen/Angststörung
 Kognitive Defizite/Delir/Demenz Inkontinenz Dekubitus/Wunden
 Rezidiv. Stürze/Schwindel/Gangstörung Schmerz starke Seh-/Hörbehinderung
 Multimedikation (>5) Exsikkose/Elektrolytentgl. verzögerte Rekonvaleszenz

Pflegegrad: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> beantragt
Betreuung/Bevollmächtigter: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Kontaktdaten:
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anmeldung ab (Datum): Rücksprache erwünscht/möglich unter Telefon-Nr: Ansprechpartner: