

Absender: Klinik oder Hausarztpraxis – Stempel -

An das Evang. Krankenhaus Woltersdorf
Fachklinik für Innere Medizin/ Geriatrie
Chefarzt Dr. med. Frank Naumann
Schleusenstr. 50

15569 Woltersdorf

Datum:

Station:

Telefon:

Telefax:

Arzt:

Medizinisches Gutachten zur Anmeldung

für die Aufnahme

geplanter Verlegungstermin: _____

- in vollstationäre fachspezifisch geriatriische Behandlung
 in die teilstationäre fachspezifische geriatriische Behandlung (Tagesklinik)
- Patient der allgemeinen Krankenkasse
 Patient mit Wahlleistungen
 Chefarztbehandlung 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Derzeitiger Aufenthaltsort:
seit:

Kostenträger:

Vorbehandelnder Hausarzt (Adresse, Telefon):

Soziales Umfeld ⇒ Angehörige; Sozialstation (Adresse, Telefon):

Patientenmanagement: Anmeldung und Information

Evang. Krankenhaus Woltersdorf - Fachklinik für Innere Medizin/ Geriatrie

Homepage und Download der Anmeldeformulare:

E-Mail:



03362/ 779-222

Fax

03362/ 779-333

www.krankenhaus-woltersdorf.de

anmeldung@krankenhaus-woltersdorf.de

Hauptdiagnose: _____

Relevante Nebendiagnosen / Medizinische Probleme:

vom _____

OP-Datum: _____

- Bei Fraktur:**
- vollbelastbar
 - teilbelastbar
 - _____ kg
 - übungsstabil
 - Entlastung

Bitte Röntgenbilder und CT-Aufnahmen mitschicken! Danke!

Fähigkeitstörungen:

nicht
intakt intakt

1) Selbstversorgung	Persönliche Hygiene		
	An/Auskleiden		
	Nahrungsaufnahme		
	Urin- / Stuhl - Kontinenz		

2) Körperliche Beweglichkeit	Bett allein verlassen		
	Bett mit Hilfe verlassen		
	Gleichgewicht		
	Sitzen		
	Beweglichkeit Arme Beine		

3) Fortbewegung	Stehen		
	Gehen		
	Treppen steigen		

4) Kommunikation	Sprechen		
	(Sprach-)Verständnis		
	Hören		
	Sehen		

5) Verhalten	Mitwirkung bei Therapie		
	Stimmung		

6) Kognition	zeitlich		
	örtlich		
	zur Person	orientiert	
	situativ		
	Adäquates Umsetzen von Anweisungen		
Gedächtnis			

nein ja

7) Sonstige	Weglauftendenzen		
	Agressives Verhalten		

Medikation:

Pflegerische Probleme:

PPR A _____ S _____

Dekubitus (Wo?)

Sonden (Art)

Katheter (Art)

MRSA-Risikopatient:

Intensivtherapie, pAVK, Diabetes mellitus, Dialyse

Nachgewiesener Erreger:

MRSA ESBL Clostridien

Pflegeheimbewohner:

ja nein

Aktueller Infektionsstatus:

MRSA ESBL Clostridien

Soziale Unterstützung:

Wohnsituation

Soziale Kontakte und Hilfen

Entlassung wohin möglich?

- nach Hause
- in den Haushalt der Angehörigen
- in ein Alten- und Pflegeheim

Ziel des stationären Aufenthaltes! (Bitte unbedingt ausfüllen!)