

# Anmeldebogen Akutgeriatrie

Kontaktdaten: Maria-Hilf-Str. 2, 54550 Daun; Tel. 06592/7152359; Fax. 06592/7152589

<b>Einweisende/s Praxis/Krankenhaus</b>	
<b>Mindestinformationen:</b>  1. Patientenvor- und Nachname, Geb.-Datum  2. Anschrift des Patienten  3. Einweisende/s Arztpraxis oder Krankenhaus  4. Telefonnummer der Praxis oder Station	<b>Gewünschtes Aufnahmedatum:</b>  Krankenkasse:                      Pflegegrad:
	Versicherungsstatus: Privat:                      ja            nein 1-Bett:                      ja            nein

<b>Mobilität:</b>	bettlägerig	rollstuhlmobil	Gehen mit Hilfe	uneingeschränkt
-------------------	-------------	----------------	-----------------	-----------------

<b>Wohnungssituation:</b>	allein lebend	mit Angehörigen
	ambulanter Pflegedienst	24-Stunden-Betreuung
	Betreutes Wohnen	Altenheim

<b>Rechtliche Betreuung:</b>	nein	ja    Name?
		Tel.?

<b>Hauptdiagnose:</b>	
<b>Relevante Nebendiagnosen:</b>	
<b>Besonderheiten:</b>	Erbrechen    ja    nein                      Weglauftendenz    ja    nein
	Durchfall    ja    nein                      Aggressivität    ja    nein
	<b>Infektionen/MRE</b> (Clostr.diff, Norovirus, MRSA, ESBL, VRE, MRGN)  nein                      ja            Welche?

**Datum und Unterschrift des zuweisenden Arztes:**

**Telefon-Nr. für Rückfragen:**