

ANMELDEFORMULAR GERIATRIE

Datum der Anmeldung	Patientenaufkleber	
Name der anmeldenden Institution		
Name/Profession der Kontaktperson		
Telefonnummer der Kontaktperson		
Telefonnummer der verlegenden Station		
Gewünschter Übernahmetermin	Name des Hausarztes	Telefonnummer
Name der Angehörigen/Bezugsperson	Status (Ehepartner/Sohn/Tochter Nichte /gesetzl. Betreuer/ etc.)	Telefonnummer

Diagnose/n	
1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
11.	12.
Bei Fraktur: <input type="checkbox"/> Voll belastbar <input type="checkbox"/> teilbelastbar _____ kg <input type="checkbox"/> übungstabil <input type="checkbox"/> instabil	
Sonstiges:	

Barthel Index bei Verlegung : _____ Punkte			
Mobilität	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel od. pers. Hilfe	<input type="checkbox"/> im Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig
Pat. ist orientiert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise			

Abstriche: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRGN <input type="checkbox"/> VRE			Diarrhoe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Ort</u>	<u>Datum</u>	<u>Ergebnis</u>	Wenn ja - Stuhl auf Clostridien getestet? <input type="checkbox"/> ja - Ergebnis: <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> nein
Nase <input type="checkbox"/>	_____	Pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>	
Rachen <input type="checkbox"/>	_____	Pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>	
Haut <input type="checkbox"/>	_____	Pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>	
Wunde <input type="checkbox"/>	_____	Pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>	

Unterschrift: _____ **(Ausgefülltes Formular bitte an die o.g. Nummer faxen)**