

Übernahmebogen

Klinik für Geriatrie-Alterstraumatologie Essen-Kupferdreh

Patientendaten: Name, Vorname, Geburtsdatum,
Versicherung:

Wahlleistung: Chefarzt Ja/Nein **1-Bett** **2-Bett**

Anmeldende Klinik: _____

Kontakt Station und Arzt: _____

Bisherige Versorgung: Selbstständig Pflegedienst 24 h Pflege Seniorenheim
 Aktuelle Lebenssituation kann nicht fortgeführt werden

Pflegegrad: Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Hausarzt: _____

Kontakt Angehörige/Bezugsperson/Ges. Betreuung: _____

Hauptdiagnose / aktuell Behandlungsbedürftige Erkrankung: _____

OP Datum _____ Vollbelastung / Teilbelastung bis _____ kg bis _____, Entlastung bis _____

Nebendiagnosen: _____

Mobilität: Bettlägerig Rollstuhlmobil gehen mit Hilfe / Hilfsmittel Selbstständig

Orientierungsstörung: keine gelegentlich ständig Überwachungspflichtig

Respiratorische Faktoren, Sauerstoff: Nein Ja, O₂-Fluss /lmin. Kontinuierlich

Liegen zusätzlich typisch geriatrische Syndrome vor, wie z. B.:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Geriatrische Multimorbidität | <input type="radio"/> Schmerzsyndrom im Alter | <input type="radio"/> Sturz |
| <input type="radio"/> Cerebrovaskuläre Erkrankungen | <input type="radio"/> Gangstörungen | <input type="radio"/> kognitive und psychische Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Lokomotorische Beeinträchtigungen | <input type="radio"/> Ernährungsstörungen | <input type="radio"/> Erkrankungen d. Bewegungsapparates |
| <input type="radio"/> Harn-/Stuhlinkontinenz | <input type="radio"/> Schwindel | <input type="radio"/> Polypharmazie |

Problemkeime:

MRSA-Screening: nicht untersucht Ergebnis steht aus Positiv Negativ Saniert

Clostridien Enteritis: Ja Nein VRE 3MRGN 4MRGN

Noroviren Enteritis: Ja Nein

Sonstige multiresistente Keime: nicht untersucht Ergebnis steht aus Positiv Negativ Saniert

Covid 19: Positiv Negativ Letzte Testung vom: _____

Dekubitus: Nein Ja Wo: _____

Barthel-Index oder SPI-Index: Bitte den aktuellen Barthel-Index / SPI-Index beifügen!

Dialyse: Ja Nein

Gewünschtes Aufnahmedatum: _____

Bitte den Anmeldebogen und Barthel Index vollständig ausfüllen und an das Sekretariat unter 0201 455 2993 faxen.

Wir geben Ihnen kurzfristig eine Rückmeldung an die obigen Kontaktdaten. Bei einer Übernahme bitten wir Sie, die aktuellen Röntgen, CT, MRT Befunde an unsere Klinik zu übermitteln.