



Akutgeriatrischer Einbestellbogen

Name, Anschrift und Geburtsdatum des Patienten/ der Patientin:

Bitte Etikettenaufkleber anbringen

Ihre Ansprechpartnerin
Sekretariat Geriatrie
Doris Schwab
Tel: 02241 / 488 273
Fax: 02241 / 488 338
E-Mail: geriatrie@gfo-kliniken-troisdorf.de

Krankenkasse:

Versicherungsstatus:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gesetzl. KK | <input type="checkbox"/> Einbett |
| <input type="checkbox"/> Gesetzl. KK mit Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> Zweibett |
| <input type="checkbox"/> Private KV | |
| <input type="checkbox"/> mit Chefarzt | |
| <input type="checkbox"/> ohne Chefarzt | |

Zutreffendes bitte ankreuzen

Pflegegrad vorhanden, wenn ja welcher:

Gewünschtes Aufnahmedatum:

Hauptdiagnose:

Nebendiagnose:

Liegen zusätzlich typisch geriatrische Diagnosen vor wie z.B.:
zutreffendes bitte ankreuzen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> geriatrietypische Multimorbidität | <input type="checkbox"/> Schmerzsyndrome im Alter |
| <input type="checkbox"/> Sturz | <input type="checkbox"/> cerebrovaskuläre Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Gangstörung | <input type="checkbox"/> kognitive und psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> lokomotorische Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungsapparates | <input type="checkbox"/> Harn/Stuhlinkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Polypharmazie (> 5 Medikamente) |

Mobilität:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Bettlägrig |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhlfähig |
| <input type="checkbox"/> Gehen mit Hilfe |

Zutreffendes bitte ankreuzen

Welche der oben bestehenden Erkrankungen sind weiter stationär behandlungsbedürftig?

Problemkeime?

Angabe zur sozialen Situation/häusliche Versorgung:

Reha beim Kostenträger beantragt?

- Ja Nein

Zutreffendes bitte ankreuzen

Sonstige Angaben (z. B. Dialyse, intermitt. Beatmung, Monitoring etc.?)

Ärztliche Berichte, wenn vorhanden, bitte beifügen!!!

Anmeldedatum: _____

Ärztlicher Ansprechpartner mit Durchwahl und Stempel: _____