

Telefon Hotline:

+49 (0)7662 811 825

Datum der Anmeldung:

Email:

hotline@vogtsburg.ameos.de**Aufnahme/Übernahme gewünscht am:****Fax:** **+49 (0)7662 811 320****Patient:** ggf. Patientenaufkleber**Anmelder (Arzt)**

Name:

Name:

Adresse:

Adresse:

PLZ Ort:

PLZ Ort:

Geburtsdatum:

TELEFONNUMMER: GKV Zusatzversicherung PKV Wahlleistung Einzelzimmer gewünscht**Einweisungsgrund:** OPS 8-550 Geriatriische Frühkomplexbehandlung bei unten genannter Hauptdiagnose**Soziale Situation bisher:**Pflegegrad vorhanden: nein ja, welcher? PG1 PG2 PG3 PG4 PG 5**Bisheriger Pflegedienst:****Hauptdiagnose und aktueller Verlauf:****Patient lebt zurzeit:** alleinstehend bisher mit Ehepartner ohne externe Hilfestellung im betreuten Wohnen im Pflegeheim:

Adresse:

 bei Familie + Soz. Station**Operationen am:****Antibiotikatherapie-Verlauf:****Hausarzt:****Nebendiagnosen:**

Teilbelastung ___ kg ab dem _____ bis zum _____

Mobilität/Hilfsmittel vor Akuterkrankung:

Röntgenverlaufskontrolle empfohlen am _____

bzw. _____ Wochen ab dem _____

Mobilität/Hilfsmittel aktuell:**Rehabilitationspotential:** gut mäßig schlecht**Instruktionsverständnis:** gut mäßig schlecht**Motivation:** gut mäßig schlecht**Barthel-Index aktuell: _____****Besonderheiten 1:** Dialysepflichtigkeit Stoma-Versorgung Port PEG/PEJ Parenterale oder Enterale Ernährung Prothesenanpassung ausstehend**Besonderheiten 2:** Insulin langwirksames kurzwirksames nach Schema besondere Medikamente (u.a. hämato-onkolog./rheumatolog.):

Aktuelle geriatrische Problematik:

- Sturzneigung/Schwindel
- Immobilität
- Frailty (Gebrechlichkeit)
- Fehl-/Mangelernährung
- (Hemi-) Parese
- Kognitive Defizite
- Depression / Angst
- Dekubitus: _____
- Chronische Wunden: _____
- Inkontinenz (Harn)
- Inkontinenz (Stuhl)

Multiresistente Keime: (nur für Krankenhaus-Einweiser)

Screening durchgeführt am: _____

- 4 MRGN MRSA VRE Clostridium difficile Noro
- Influenza **Falls pos.:** Isolierung von _____ bis _____
- letzter SARS-CoV-19 (Rachen-Abstrich-PCR) am _____
- Erfolgte Covid-19 Impfung: 1 x 2 x 3 x

Checkliste vor Verlegung:

- SARS-CoV2-PCR 48 Stunden vor Übernahme erfolgt am _____
- SARS-CoV2-Antigen-Schnelltest am Verlegungstag
- Echokardiographie-Vorbefunde (aktuell oder älter) mitgeben
- Röntgen-CD mitgeben
- Arztbrief, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung
- Medikamentenplan und PCR-Befund vorab per Fax (Faxnr. s.o.)
- Für Hausärzte: Einweisungsschein

Angehörige:

Kontaktdaten:

Gesetzlicher Betreuer/-in:

Kontaktdaten:

Gewünschtes Behandlungsziel:

- Pflegegradantrag
- mit ausgebauter externer Hilfestellung zurück in die bisherige Versorgung in den eigenen Haushalt
- in betreute Wohnen
- in Demenz-WG
- in vollstationäre Pflegeeinrichtung
- Reha/Anschlussheilbehandlung oder Kurzzeitpflege bereits beantragt zum _____ in _____

Auszufüllen vom AMEOS Klinikum Kaiserstuhl

Interner Aufnahmetermin:

_____ Datum

_____ Unterschrift

Erstellt am / durch	Geprüft am / durch	Freigegeben am / durch	Version bzw. Revision
15.8.2017/Wilkens-Lotis	30.04.2021/Dr. Rengshausen	09.11.2022/ Dr. Rosenberg	001/15.8.2017; 002/ 6.11.2017; 003/30.4.2018; 004/21.1.2019; 005 3.4.19