

Anmeldung stationäre Aufnahme IMA IV, Donaueschingen

Anmeldung durch, ggf. Stempel der Praxis

Tel./Erreichbarkeit des Pat. _____ Rückruf erwünscht unter Tel: _____

Abklärung des folgenden Problems: geriatrisch allgemeininternistisch

Aktuelle Funktionalität versorgt sich selbst Hilfe bei der Selbstversorgung
 kann sich nicht selbst versorgen
 sonstiges: _____

Barthel-Index _____ Punkte (falls vorliegend, bitte als Anlage beifügen)

Status vor Erkrankung selbstständig/Wohnung mit Partner/ Angehörige
 Altenheim/Wohnbereich Altenheim/ Pflege

Pflegestufe/Pflegeheim Pflegegrad _____ Pflegeheim _____

Gesetzliche Betreuung Ja (bitte Betreuungsurkunde mitbringen) Nein

Ziele Rückkehr nach Hause Wohnen bei Angehörigen
 Pflegewohnheim Erreichen Rehafähigkeit

Geriatrische Multimorbidität: (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Immobilität / Frailty / Gebrechlichkeit | <input type="checkbox"/> rezidiv. Stürze / Schwindel/ Gangstörung |
| <input type="checkbox"/> kognitive Defizite | <input type="checkbox"/> Depression / Angststörung |
| <input type="checkbox"/> Fehl- / Mangelernährung | <input type="checkbox"/> Dekubitus / Wunden |
| <input type="checkbox"/> Schmerz | <input type="checkbox"/> Exsikkose / Elektrolytentgleisung |

Hilfsmittel (falls vorhanden mitbringen): Rollator Sonstiges: _____

Besondere Gegebenheiten (PEG, Urostoma, Tracheostoma, Kolostoma, Weglauftendenz, multiresistente Keime, LTOT, NIV-Beatmung...):

Bitte beachten: Die Dauer des stationären Aufenthaltes bei geriatrischer Fragestellung entscheidet sich erst in den ersten 3 Behandlungstagen, nach Vorliegen des Assessments und Situationsanalyse

Einweisung sowie externe Arztbriefe / Vorbefunde / Medikationsblatt bitte mitfaxen!

Datum: _____

Unterschrift: _____