

Klinik für Innere Medizin V – Altersmedizin
 Chefarzt Dr. Martin Glasneck

Datum der Anmeldung:		Patientenaufkleber (Name, Geburtstag, Adresse, Versicherung, Aufnahme datum)	
Name der anmeldenden Institution:			
Name/Telefonnummer der Kontaktperson:			
Tel. verlegende Station/Einrichtung:	Zusatzversicherung:	Wahlleistung: <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett	
Name der Angehörigen/Bezugsperson:		Hausarzt:	Tel:
Barthelindex:		Status (Ehepartner, Sohn...):	
ISAR:			
Hauptdiagnose (Bitte OP und Belastungsvorgaben angeben!)..... Relevante Nebendiagnosen/Besonderheiten:.....			
Aktuelle Pflege: A1, A2, A3 S1, S2, S3	Selbstversorgung ADL: <input type="checkbox"/> selbst. <input type="checkbox"/> m. Hilfe <input type="checkbox"/> Komplettübern.	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> beantragt	Wohnung.: <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> amb. Pflege <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> mit Ehepartner/in <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> in Familie
Harn: <input type="checkbox"/> kont. <input type="checkbox"/> teilink. <input type="checkbox"/> inkont.	Stuhl: <input type="checkbox"/> kont. <input type="checkbox"/> teilink. <input type="checkbox"/> inkont.	Isolation: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> CLOST <input type="checkbox"/>	Desorientiert: <input type="checkbox"/> zeitl. <input type="checkbox"/> örtl. <input type="checkbox"/> sit.
Mobilität: <input type="checkbox"/> selbst. <input type="checkbox"/> m. Hilfe <input type="checkbox"/> immobil			
Terminwunsch zur Übernahme: (Bitte Verlegungen vor 11.00 h!)		Zusage Übernahme in Bottrop: (Datum)	
_____		_____	
Datum/Unterschrift Anfordernder		Datum/Unterschrift Geriater	