

Akut-Geriatrie

Leitung Dr. med. Roland Zerm
Kladower Damm 221, 14089 Berlin

Station 16, Schwester Mirjana
Tel.: 030 36501-1160, Fax: -1166
E-Mail: Geriatrie@havelhoehe.de

ANMELDUNG ZUR VOLLSTATIONÄREN GERIATRISCHEN FRÜHREHABILITATION

Patientenaufkleber

Derzeitige Haupt- und Nebendiagnosen /OP-Datum:

MRSA: ☐ ja ☐ nein ESBL: ☐ ja ☐ nein 4MRGN: ☐ ja ☐ nein Clostridien: ☐ ja ☐ nein
Letzter Abstrich (Datum): _____

Dekubitus: ☐ nein ☐ ja Grad/Ort _____

Wunden: ☐ nein ☐ ja Ort/Beschreibung _____

Körperlicher Status:	ohne Hilfe	mit Hilfe	nicht möglich
1. Essen und Trinken	☐ ₁₀	☐ ₅	☐ ₀
2. Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt	☐ ₁₀	☐ ₅	☐ ₀
3. Sich waschen (Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)	☐ ₅	☐ ₀	☐ ₀
4. Toilettenbenutzung	☐ ₁₀	☐ ₅	☐ ₀
5. Baden/Duschen	☐ ₅	☐ ₀	☐ ₀
6. Aufstehen und Gehen auf ebenem Grund	☐ ₁₀	☐ ₅	☐ ₀
6a. Fortbewegung mit dem Rollstuhl (nur, falls Item 6 »nicht möglich«)	☐ ₅	☐ ₀	☐ ₀
7. Treppen auf-/absteigen	☐ ₁₀	☐ ₅	☐ ₀
8. An-/Auskleiden	☐ ₁₀	☐ ₅	☐ ₀
9. Harnkontrolle	☐ ₁₀	☐ ₅	☐ ₀
10. Stuhlkontrolle	☐ ₁₀	☐ ₅	☐ ₀

Desorientierung: ☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise ☐ Demenz

Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Rehabilitations-/
Entlassungsziel: ☐ Rückkehr in die eigene Wohnung
☐ Pflegewohnheim
☐ Sonstiges _____

Versicherung: _____
wenn privat:
☐ 1-Bett ☐ 2-Bett ☐ WA

Gewünschter Verlegungstermin: _____ Angehörige/ Betreuer (Tel.): _____

Datum _____ Klinik / Station _____ Ansprechpartner _____ Tel.Nr. _____ Fax.Nr. _____