

Patientenanmeldung Akutgeriatrie Ilmtalklinik Pfaffenhofen

Tel.: 08441 – 79 – 1350

Fax.: 08441 – 79 - 1390



Gewünschter Aufnahmetermin:

Anmeldender Arzt (Name Telefondurchwahl):

Ansprechpartner Sozialdienst (Name, Telefondurchwahl):

Patientendaten:

Name, Vorname:

Geb.Datum:

Anschrift:

Ansprechpartner / Betreuer:

Medizinische Daten:

Hauptdiagnose/n:

Zugänge: ZVK Port Kolostoma PEG O:

Tracheostoma (Ausschlußkriterium) nein ja

Intensivpflicht (Ausschlußkriterium) nein ja

Schluckstörung nein ja

Sauerstoffbedarf: nein ja

Dialyse: nein ja

Komplizierte Wundversorgung: nein ja Verbandswechsel > 1x tgl. VAC-Pumpe

Besondere Medikamente nein ja (z.B. Zyto-, Reserveantibiotika): _____

Geriatrische Kriterien:

Alter > 65a reduzierte Mobilität ggf. Pflegestufe:

stationär krankenhausbearbeitungsbedürftig für voraussichtlich ____ Tage

Handlungsbedarf:

Demenz Verwirrtheit Angst Depression Sehbehinderung häufige KH-Aufenthalte

Schwindel Stürze > 5 Medikamente chronische Schmerzen Sensibilitätsstörungen

Gebrechlichkeit BMI < 18,5 schwere Hypakusis Dekubitus Inkontinenz

Patient nicht rehabilitationsfähig, weil:

Fortführung Akutbehandlung erforderlich Fortführung i.v.-Therapie Kurzdarmsyndrom

parenterale Ernährung Verbesserung der ATL bis zur Reha-Fähigkeit

Instabile / schwierige medizinische Einstellung: Blutzucker COPD Herzinsuffizienz

Neurologische Defizite / Erkrankungen: