

## Klinik für Geriatrie Ratzeburg

### Patientenanmeldung

stationär

#### Patientin/Patient:

Patientenaufkleber *oder*:

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse:

Telefonnr. Pat.:

Krankenkasse:

KV-Nr.:

Wahlleistung:

Chefärztin o. Chefarzt:

#### Hauptdiagnose

→

#### Defizitorientierte Nebendiagnosen

(insb. **Funktionseinschränkungen** wie Dyspnoe, Gangstörung, Schmerzen, Bewegungsdefizit bei):

---



---



---



---

Demenz / Delir / kognitives Defizit

-OP-Datum:

-Bei Fraktur  Vollbelastung  
 Teilbelastung: kg  
 bis:  
 Entlastung: bis:

	Selbständig	Teilweise Übernahme	Volle Übernahme
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlässt Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht auf Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tagesklinik

#### Anmelder/Datum:

Praxis/Krankenhaus:  ZAT

Station: Hz.  
 Äztin/Arzt:

Telefon:

Im Krankenhaus seit:

Terminwunsch:

#### Besonderheiten:

-Adipositas: kg  
 -Dialyse:  Mo, Mi, Fr  Di, Do, Sa  
 -Besondere Hygienemaßnahmen bei:

-MRSA-Screening durchgeführt:  ja  nein

-Sauerstoffbedarf:  regelmäßig  bei Bedarf

-Wundheilungsstörung  VAC-Therapie

-ZVK  Port  PEG

-Antibiotika/ Chemotherapeutika/ Immunsuppressiva:

-Gesetzliche Betreuung:

-Pflegegrad: beantragt

-Familiale Pflege

#### Behandlungsziel

→

**COVID-19-Impfstatus**  vollständig geimpft  
 nicht geimpft  2. Impfung steht aus  
 Impfstoff Termin

#### Geriatrische Visite: