Patientenetikett

Anmeldung der Patienten für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

eMail: ssch.med@bernburg.ameos.de
Sekretariat Tel.: 03471-342300 / Fax:03471-342023

Pflegegrad	**Patient versorgt durch:**
Pflegegrad: ___ Aktueller Barthel: ___ /100 Pkt. ISAR: ___ / 6 Pkt. Kognitiver Status _____	☐ Ehepartner/LG/Kinder ☐ Betreuer ☐ Alleinlebend
	Tel.-Nr. Angehörige / Betreuer:
	Pflegedienst (Name):
	Pflegeheim/KZP(Name):
	Hilfsmittel:

Klinik:	**Station:** **Patient seit:**		**Tel.:**
HA:			

Hauptdiagnose:	
Nebenerkrankungen (insb. Dialyse, Tumorerkrankung mit laufender Therapie, Sauerstofftherapie:	
OP am:	
Voll- / Teilbelastung(kg):	
Aktuelle Mobilität (Bettkante, Stand, Gang mit/ohne Hilfsmittel):	
Delir / Erregungszustände (Antipsychotika/Fixierung):	
Keime/ Isolationsnotwendigkeit:	
Wunden:	

Status des Patienten

ZVK/Sonde	☐	Nein	☐	Ja	
Trachealkanüle	☐	Nein	☐	Ja	Größe: Firma:
Besonderheiten (Dialyse)	☐	Nein	☐	Ja	Welche?

Der o.g. Patient ist nach Aufklärung mit der Verlegung in das Zentrum für Altersmedizin in Bernburg einverstanden. Die Angehörigen wurden informiert. ☐ ja ☐ nein

Wir bitten um Mitgabe aller Vorbefunde und Röntgenaufnahmen!

Übernahme erwünscht am: ..... Ansprechpartner/Unterschrift: .....

Vielen Dank für Ihre Informationen. Wir bestätigen Ihnen die Übernahme des Patienten

am: ..... Unterschrift: .....
Chefarzt P. Schmiedel