Anmeldung zur Geriatrie-Tagesklinik

Oldenburg

Geriatrische Abteilung

Datum: **Bitte Fax an: 04361 513 146**

(Patientenetikett) Name: …… Vorname: …….. Geb.-Datum: …… Wahlleistung ☐ ja ☐ nein	Absender: ……... Ansprechpartner: ……Telefon: …….. Unterschrift: …… Telefon der Station: ……..... Gewünschter Verlegungstermin: ……
Hauptdiagnose / Verlauf:	**Weitere Diagnosen:**

Bei Frakturen:

☐ Vollbelastung
☐ Teilbelastung

mit …… kg für …….. Wochen

Soziale Situation vor Erkrankungsbeginn:

☐ wohnt alleine
☐ wohnt im Altenheim
☐ mit Angehörigen

Sozial:
☐ ausreichend versorgt
☐unzureichend versorgt

Pflegegrad:
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Orientierung des Patienten aktuell:

☐ voll orientiert
☐ partiell orientiert
☐ desorientiert
bekannte Demenz: ☐ ja
☐ nein

Voraussetzungen:

☐ kann mit Hilfsmitteln gehen/ selbstständig mobil
☐ kann mit Taxi anreisen
☐ kann selbstständig essen

=> sofern nicht gegeben → stationäre Einweisung erwägen!

Multiresistente Erreger:

☐ positiv – Spezies: ……
☐ negativ

Besonderes / Rehaziel: