

stationär Tagesklinik

Patient/ in:

Patientenaufkleber *oder*:

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse:

Telefonnr. des Pat.:

Krankenkasse:

KV-Nr.:

Wahlleistung:

Chefarzt:

Hauptdiagnose

→

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

.....

.....

.....

.....

Demenz / Delir / kognitives Defizit

- OP-Datum:

-Bei Fraktur Vollbelastung Teilbelastung: kg

Entlastung: bis: 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"/>

Anmelder/ Datum:

Praxis/ Krankenhaus:	<input type="checkbox"/> ZAT
Station:	Hz. 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 noch aus
Impfstoff Termin

Geriatrische Visite: