

Telefon Hotline: +49 (0)7662 811 825
Email: hotline@vogtsburg.ameos.de

Datum:

Fax: +49 (0)7662 811 320

Patient: *ggf. Patientenaufkleber*

Anmelder/Ansprechpartner/Telefon

Name:

Name:

Adresse:

Adresse:

PLZ Ort:

PLZ Ort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

GKV

Soziale Situation bisher:

PKV **Wahlleistung Einzelzimmer gewünscht**

Pflegegrad vorhanden: nein ja, welcher?

Einweisungsgrund:

PG1 PG2 PG3 PG4 PG 5

Hauptdiagnose:

Rehabilitationspotential:

gut mäßig schlecht

Relevante Nebendiagnosen:

Instruktionsverständnis:

gut mäßig schlecht

chronische Dialysepflichtigkeit

Aufnahme/Übernahme gewünscht am:

Patient lebt zurzeit:

Aktuelle geriatrische Problematik:

alleinstehend

Sturzneigung/Schwindel

bisher mit Ehepartner ohne externe Hilfestellung

Immobilität

im betreuten Wohnen

Frailty (Gebrechlichkeit)

im Pflegeheim:

Fehl-/Mangelernährung

Adresse:

(Hemi-) Parese

bei Familie

+ Soz. Station

Kognitive Defizite

Ansprechpartner:

Depression / Angst

Falls vorhanden, juristischer Betreuer/-in:

Stoma-Versorgung

Gewünschtes Behandlungsziel:

Dekubitus / Chronische Wunden

Pflegegradantrag

Lokalisation des Dekubitus:

mit ausgebauter externer Hilfestellung zurück in die

Prothesentraining

bisherige Versorgung in den eigenen Haushalt

Hilfsmittelverordnung

in betreute Wohnen

Inkontinenz

in Demenz-WG

Motivation:

in vollstationäre Pflegeeinrichtung

gut mäßig schlecht

Multiresistente Keime: (nur für Krankenhaus-Einweiser)

Screening durchgeführt:

ja, Datum: _____

Screeningbefund der Aufnahme beilegen

Der Termin der zuletzt durchgeführten Abstrichdiagnostik muss zwingend 5 Kalender-Tage vor dem gewünschten Übernahmezeitpunkt liegen.

3MRG MRSA VRE Clostridium difficile

Sonstige Keime:

nein

Auszufüllen vom AMEOS Klinikum Kaiserstuhl

Interner Aufnahmetermin:

Datum

Unterschrift