

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:

Einweisungsgrund:

Soziale Situation bisher:

Pflegegrad vorhanden: nein ja, welcher?
 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:

alleinstehend
 bisher mit Ehepartner ohne externe Hilfestellung
 im betreuten Wohnen
 im Pflegeheim:

Aktuelle geriatrische Problematik:

- Sturzneigung/Schwindel
- Immobilität
- Frailty (Gebrechlichkeit)
- Fehl-/Mangelernährung
- (Hemi-) Parese
- Kognitive Defizite
- Depression / Angst
- Stoma-Versorgung
- Dekubitus / Chronische Wunden
- Lokalisation des Dekubitus:
- Prothesentraining
- Hilfsmittelverordnung
- Inkontinenz

Adresse:

bei Familie + Soz. Station

Ansprechpartner:

Falls vorhanden, juristischer Betreuer/-in:

Motivation:

gut mäßig schlecht

Gewünschtes Behandlungsziel:

- Pflegegradantrag
- mit ausgebauter externer Hilfestellung zurück in die bisherige Versorgung in den eigenen Haushalt
- in betreute Wohnen
- in Demenz-WG
- in vollstationäre Pflegeeinrichtung

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 Übernahmzeitpunkt liegen.

3MRG MRSA VRE Clostridium difficile

Sonstige Keime:

nein

Auszufüllen vom AMEOS Klinikum Kaiserstuhl

Interner Aufnahmetermin:

Datum

Unterschrift

Erstellt am / durch	Geprüft am / durch	Freigegeben am / durch	Version bzw. Revision
15.8.2017/Wilkens-Lotis	15.8.2017/Dr. Rengshausen	30.4.2018/ Dr. Rengshausen	001/15.8.2017; 002/ 6.11.2017; 003/30.4.2018; 004/21.1.2019