



Anmeldebogen

Name: _____	Anmeldung durch:
Geburtsdatum: _____	Hausarzt: _____ Praxisstempel
Straße: _____	Krankenhaus: _____
Wohnort: _____	Abteilung: _____
Telefon: _____	Arzt: _____
Krankenkasse: _____	Tel. für Rückfragen: _____
Hausarzt: _____	

Patient lebt: Zuhause

Allein

mit Angehörigen

Pflegeeinrichtung

Betreutes Wohnen

Versorgung nachts/Wochenende gewährleistet durch:

selbst

Angehörige

Pflegedienst: _____

Pflegestufe: I

II

III

Weglauffähigkeit: ja nein

Letzter stationärer Aufenthalt:

Krankenhaus: _____

Datum: _____

Rehaklinik: _____

Aktueller Einweisungsgrund: _____

Geriatrische Syndrome: Sturzneigung

Gangstörung

Schwindel

Malnutrition

Inkontinenz

Multimedikation

Kognitiver Abbau

Depressionen

Weitere Diagnosen: _____

Besiedlung innerhalb des letzten Jahres bekannt:

MRSA

MRGN

VRE

Angestrebte Behandlungsziele:

Optimierung internistische Therapie

Depressionsbehandlung Schmerztherapie

Verbesserung der Mobilität/Sturzprophylaxe

Ernährungsberatung

Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit

Vermeidung von höherer Pflegebedürftigkeit

Sonstiges: _____

Mobilität: Gehfähig: ja

nein

Treppensteigen: ja nein

Bettlägerig: ja

nein

Seit wann: _____

Hilfsmittel: Gehstützen

Rollator

Rollstuhl

sonstige: _____

Datum

Unterschrift einweisender Arzt