|  |  |
| --- | --- |
| **Ansprechpartnerin** |  |
| Sekretariat Frau Adjeroudi | **🕿** +49 2372 908-2522 |

**Per Fax bitte an**

**🕿 +49 2372 908-9522**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ausschlusskriterien:** |  | **Nur nach Rücksprache:** |
| * Überwachungspflicht
 | * ITS
 |  | * IMC-Stroke
 | * CPU
 |
| * IMC
 | * Alter < 65 Jahre
 |  | * Notaufnahme
 |  |
| * Pflegestufe 5
 | * akutes Delir
 |  |  |
| * großflächige Wunden
 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anmeldung durch:** |  | **Patient** |
| [ ]  Station | [ ]  auswärtige Klinik |  | Name |       |
| [ ]  Hausarzt | [ ]  Sonstige |  | Vorname |       |
| Name Einrichtung |       |  | Geb.-Datum |       |
| Straße |       |  | Straße |       |
| PLZ/Stadt |       |  | PLZ/Stadt |       |
| Ansprechpartner |       |  | Angehörige/r Name |       |
| Tel.-Nr. Arzt |       |  | Telefon |       |
| Fax |       |  | Betreuung  | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| eMail |       |  | Vorsorgevollmacht | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Tel.-Nr. Station |       |  | Ansprechpartner |       |
| Voraussichtlicher Entlassungstermin |       |  | Telefon |       |
|  |  |  | Versicherungsstaus | [ ]  Privat | [ ] Gesetzlich |
| **Bitte pflegerischen Überleitungsbogen mitfaxen!** |  |  | [ ]  1-Bett | [ ]  2-Bett |
|  |  | [ ]  Chefarzt |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vollstationäre geriatrische Behandlung in den letzten sechs Monaten?** |  | **Rehabilitationsbehandlung in den letzten sechs Monaten?** |
| [ ]  Ja |  | [ ]  Ja |
| [ ]  Nein |  | [ ]  Nein |

|  |
| --- |
| **Diagnosen (aktuelle Hauptdiagnose bitte kennzeichnen):** |
|       |

|  |
| --- |
| **Sind Problemkeime nachgewiesen?** |
| MRSA | [ ]  Ja [ ]  Nein | CoVID-19/V.a. CoVID | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| MRGN [ ]  3 [ ]  4 | [ ]  Ja [ ]  Nein | Clostridium difficile | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| VRE | [ ]  Ja [ ]  Nein | Sonstige | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| **Wir bitten um aktuelle MRSA-Abstriche von Nase, Rachen, Trachealsekret vor einer Übernahme.** |

| **Weitere Informationen:** |
| --- |
| Operation am:  |       |
| Belastung:  | [ ]  Vollbelastung | [ ]  Teilbelastung       kg bis:       |
| [ ]  Entlastung bis:       |
| Wunden:  | [ ]  Ja [ ]  Nein | Lokalisation       |
| Dekubitus: | [ ]  Ja [ ]  Nein | Lokalisation       | Grad       |
| Drainagen: | [ ]  Ja [ ]  Nein | Art der Drainage:       |
| Stomata: | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Dialyse: | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Gestörter Schlaf: | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Kognitiver Leistungs-abbau/Demenz: | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Delir: | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Orientierung: | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Weglauftendenzen: | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Barthel-Index: | [ ]  < 30 Pkt. [ ]  > 30-60 Pkt. [ ]  > 60 Pkt. |
| Pflegegrad: | [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 |
| Pflegedienst: |       |
| Lebenssituation: | [ ]  Selbstständig bisher [ ]  Betreutes Wohnen [ ]  Pflegeheim |
| Vorhandene Hilfsmittel: |       |
| Frührehabilitative Ziele: | [ ]  Selbstständig nach Hause | [ ]  Pflege zu Hause |
| [ ]  Pflegeheim | [ ]  Kurzzeitpflege |
| [ ]  Mobilität erhalten |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Einverständnis zur Verlegung:** |  | **Rehabilitationswilligkeit** |
| [ ]  Ja |  | [ ]  Ja |
| [ ]  Nein |  | [ ]  Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| Datum |  | Unterschrift der/des Patientin/en / der/des Angehörigen / Ärztin/Arzt |