|  |  |
| --- | --- |
| **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 |