

Kreiskrankenhaus Weilburg gGmbH

Am Steinbühl 2, 35781 Weilburg

Geriatrische Abteilung

Tel (06471) 3 13 – 2 81

Fax (06471) 3 13 – 3 81



**Kreiskrankenhaus
Weilburg**

Gesundheitszentrum im Grünen

Assessment - Bogen zur Anmeldung Geriatrie

Patientenetikette

Datum:

Diagnosen:

Hausarzt (Name / Tel.): _____

Angehörige (Name / Tel.): _____

Anmelder (Name / Tel.): _____

Gewünschte Aufnahme ab (Datum): _____ **O Vollstationär** **O Tagesklinik**

Essen	Körperpflege	Kontinenz	Mobilität
<input type="checkbox"/> unabhängig <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> voll hilfsbereit	<input type="checkbox"/> unabhängig <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> harninkontinent <input type="checkbox"/> stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> unabhängig (auch mit Gehhilfe) <input type="checkbox"/> in Begleitung <input type="checkbox"/> nur mit Hilfsmittel und Hilfe <input type="checkbox"/> bettlägerig
Orientierung	Logopädie	Behinderung	Frakturbelastung
<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> zeitweise desorientiert <input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> kein Bedarf <input type="checkbox"/> Dysarthrie <input type="checkbox"/> Aphasie <input type="checkbox"/> Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> Sehen <input type="checkbox"/> Hören <input type="checkbox"/> Prothesen <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung _____kg <input type="checkbox"/> Entlastung
Dekubitus	Sonstiges	Hilfsmittel	Mobilisation
<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Stadium I <input type="checkbox"/> Stadium II <input type="checkbox"/> Stadium III <input type="checkbox"/> wo? _____	<input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> MRSA / VRE in der Anamnese	<input type="checkbox"/> Gehhilfen _____ <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Schienen <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> unabhängig <input type="checkbox"/> Sessel <input type="checkbox"/> Bettkante <input type="checkbox"/> nicht mobilisiert

Lebenssituation:

- im eigenen Haushalt
- bei Familienangehörigen
- im Alten-/Pflegeheim

Versorgung:

- selbständig
- ambulante Dienste
- Familienangehörige

bei Wahlleistung:

- Einbettzimmer
- Zweibettzimmer

▶ gesetzliche Betreuung
 ja nein eingeleitet

▶ Patientenverfügung
 ja nein

Pflegegrade : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Bei Wunden ist ein MRSA-Abstrichergebnis Aufnahmevoraussetzung

Datum, Unterschrift des Anmelders: _____