

Tagesklinik Geriatrie

Anmeldung teilstationäre Komplexbehandlung



Raphaelsklinik

Eine Einrichtung der Alexianer
und der Clemenschwestern

Wichernstraße 8, 48147 Münster
Medizinische Klinik
CÄ Dr. med. Kira Uphaus

Belegungsmanagement:
Tel: 0251/5007- 4422

Fax: 0251/5007- 2318

Patientendaten

**Einweisung, Arztbrief,
Pflegeüberleitung,
Medikamentenplan
Bitte mitfaxen!**

Diagnosen (OP-Datum):	
Bisheriger Krankheitsverlauf / besondere Anmerkungen:	
Grund der weiteren Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit:	
Frührehabilitationsziel /Entlassziel: <input type="checkbox"/> Rückkehr in die eigene Wohnung <input type="checkbox"/> Wohnen bei Angehörigen <input type="checkbox"/> Pflegewohnheim <input type="checkbox"/> sonstiges:	
Gewünschter Aufnahmetermin:	Hausarzt/-ärztin:
Betreuer (Name/Bereich):	Angehörige (Name/Bezug):
Pflegedienst:	Krankenkasse:
Telefonnummer des/der Patient/in:	

Barthel Index:	15 Punkte	10 Punkte	5 Punkte	0 Punkte
Essen/Trinken	/	selbstständig	mit Unterstützung	hilfebedürftig
Bett/Rollstuhl-Transfer	selbstständig	geringe Unterstützung	erhebliche Unterstützung	hilfebedürftig
Waschen	/	/	selbstständig	hilfebedürftig
Toilettenbenutzung	/	selbstständig	mit Unterstützung	hilfebedürftig
Baden	/	/	selbstständig	hilfebedürftig
Gehen bzw. Rollstuhlfahren	selbstständig 50m	mit Hilfe 50m	selbstständig mit Rollstuhl	hilfebedürftig
Treppensteigen	/	selbstständig	mit Unterstützung	hilfebedürftig
An-/Auskleiden	/	selbstständig	mit Unterstützung	hilfebedürftig
Darmkontrolle	/	kontinent	gelegentlich inkontinent	permanent inkontinent
Blasenkontrolle	/	kontinent	gelegentlich inkontinent	permanent inkontinent
Summe Spalten				
Gesamtpunktzahl				

Weitere Informationen:

Pflegegrad	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt
Mobilitätshilfsmittel	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl
Infektion	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRGN <input type="checkbox"/> andere:
Wunden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Lokalisation:
Sonden/Drainagen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Lokalisation:
Katheter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art/Lokalisation:
Stoma	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art:
Desorientiertheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise
Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Anmeldende Einrichtung:

Krankenhaus/Praxisname:			
Ansprechpartner	Name/Station:	Telefon:	Fax:
Datum der Anmeldung:			