



Medizinisches Gutachten zur Anmeldung

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Gewünschter Aufnahmetag: _____

- vollstationäre
 teilstationäre Behandlung

Wahlleistung:

- Chefarztbehandlung 1-Bett- o. 2-Bett-Zimmer

Kontakt Angehöriger: _____

Hauptdiagnose: _____

Relevante Nebendiagnosen: _____

OP-Datum: _____

Bei Fraktur:
 Vollbelastung
 Teilbelastung _____ kg

Dialyse:
 Mo - Mi - Fr
 Di - Do - Sa

Pflegegrad: nein ja: _____ Bewohner einer Pflegeeinrichtung nein ja

Patient isoliert: nein ja

Infektionsstatus: MRSA VRE 3MRGN 4MRGN anderer Erreger: _____

Durchfall: nein ja Erreger: _____

Wunden: nein ja _____

Sonden/Drainagen/Katheter: nein ja _____

Stoma/Tracheostoma: nein ja _____

Spezielle Medikation (Tumorpräparate, Antibiotika, NUB, etc.): _____

Fähigkeiten (ggf. Barthel-Index senden)	intakt	nicht intakt	Therapieziele
Persönliche Hygiene			<input type="checkbox"/> Verbesserung AEDL-Kompetenzen <input type="checkbox"/> Mobilitätsverbesserung <input type="checkbox"/> Bewältigung der Treppe <input type="checkbox"/> kognitive Aktivierung <input type="checkbox"/> emotionale Stabilisierung <input type="checkbox"/> Schmerzreduktion <input type="checkbox"/> Kommunikationsverbesserung <input type="checkbox"/> Integration in das gewohnte soziale Umfeld <input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden			
Nahrungsaufnahme			
Gehen			
Treppensteigen			
Mitwirkung bei Therapie			
Stimmung			
Kognition			
Hinlauftendenz (nein/ja)	n	j	
Aggressives Verhalten (nein/ja)	n	j	

**Checkliste Risikoeinschätzung Covid-19
zur vollstationären Aufnahme**

Name/Vorname Patient

Absender/Klinikstempel:

	NEIN	JA
Wurde der Patient positiv auf Covid-19 getestet?		Datum vom 1. Positiven Befund: Ct-Wert: _____
Es sind weitere Abstriche erfolgt.		Datum: _____ <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv ct-Wert _____ Datum: _____ <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv ct-Wert _____ Datum: _____ <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv ct-Wert _____ Datum: _____ <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv ct-Wert _____
Pat. wurde intensivmedizinisch behandelt und war beatmet.		Vom: _____ bis: _____
Hat der/die Pat. aktuell respiratorische Symptome?		Welche? <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> Schnupfen <input type="checkbox"/> Halsschmerzen <input type="checkbox"/> Geruchs- und Geschmacksstörungen
Hat der/die Pat. die Schutzimpfung gegen Covid-19 erhalten?		1. Impfung Datum: _____ 2. Impfung Datum: _____
Hat der/die Pat. die Auffrischungsimpfung gegen Covid-19 erhalten?		1. Auffrischung Datum: _____ 2. Auffrischung Datum: _____

Datum

Unterschrift