



**Assessment - Bogen zur Anmeldung Geriatrie**

Patientenetikett

Datum:

**Diagnosen:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name / Tel.): \_\_\_\_\_

Angehörige (Name / Tel.): \_\_\_\_\_

Anmelder (Name / Tel.): \_\_\_\_\_

Gewünschte Aufnahme ab (Datum): \_\_\_\_\_  Vollstationär  Tagesklinik

Vollständige SARS-Covid19 Impfstatus  Ja  Nein

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

**Lebenssituation:**

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

**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: \_\_\_\_\_