

Formulare

Ersteller:  
Ingensiep, Claudia

Freigebender:  
Klasen, Peter

Freigabedatum:  
25.01.2017

Abteilung für Geriatrie  
Chefarzt Hr. H.- P. Klasen  
St. Irmgardis-Krankenhaus Süchteln GmbH  
**Fax Nummer: 02162 / 899 359**  
**Telefonnummer: 02162 / 899 381**  
Tönisvorster Str. 26

41749 Viersen

## Aufnahme Antrag in die geriatrische Abteilung

Einweiser: \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_

### **Patientendaten:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse (+ ggfs. Zusatzversicherung) \_\_\_\_\_

Angehörige/Bezugsperson: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### **Abklärungs- und Behandlungsbedarf in der Akutgeriatrie:**

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

### **Diagnosen:**

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

Aufwändige/besondere Medikamente: \_\_\_\_\_

**Isolationspflichtig (z.B.: MRSA):**  ja  nein

### **Bewusstseinsstörungen:**

Orientierungsstörungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> immer
Verwirrheitszustände	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> häufig
Antriebsstörungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> depressiv	<input type="radio"/> apathisch
Hinlauftendenz	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> oft

Ist eine Betreuung bei Gericht vorhanden / beantragt?  ja  nein

### **Mobilität**

