

**Telefon Hotline:** +49 (0)7662 811 825  
**Email:** [hotline@vogtsburg.ameos.de](mailto:hotline@vogtsburg.ameos.de)

**Datum:**

**Fax:** +49 (0)7662 811 320

**Patient:** *ggf. Patientenaufkleber*

Name:  
 Adresse:  
 PLZ Ort:  
 Geburtsdatum:

**Anmelder/Ansprechpartner/Telefon**

Name:  
 Adresse:  
 PLZ Ort:  
**Telefonnummer:**

**GKV**   
**PKV**  **Wahlleistung Einzelzimmer gewünscht**

**Einweisungsgrund:**

OPS 8-550 Geriatrische Frühkomplexbehandlung bei unten genannter Hauptdiagnose

**Hauptdiagnose:**

**Relevante Nebendiagnosen:**

chronische Dialysepflichtigkeit

**Aufnahme/Übernahme gewünscht am:**

**Aktuelle geriatrische Problematik:**

- Sturzneigung/Schwindel
- Immobilität
- Frailty (Gebrechlichkeit)
- Fehl-/Mangelernährung
- (Hemi-) Parese
- Kognitive Defizite
- Depression / Angst
- Stoma-Versorgung
- Dekubitus / Chronische Wunden
- Lokalisation des Dekubitus:
- Prothesentraining
- Hilfsmittelverordnung
- Inkontinenz (Harn)
- Inkontinenz (Stuhl)

**Multiresistente Keime: (nur für Krankenhaus-Einweiser)**

**Screening durchgeführt:**

ja, Datum erfolgt am: \_\_\_\_\_

**Bitte die Screeningbefunde der Aufnahme beilegen**

Hautkeim - Abstrichdiagnostik am \_\_\_\_\_  
 (nicht älter als 5 Kalender-Tage)

SARS-CoV-19 (Rachen-Abstrich-PCR) am \_\_\_\_\_  
 (nicht älter als 48 h) vor dem gewünschten Verlege/Aufnahmedatum, siehe oben

- 4 MRGN  MRSA  VRE  Clostridium difficile  Noro
- Influenza

**Soziale Situation bisher:**

Pflegegrad vorhanden:  nein  ja, welcher?  
 PG1  PG2  PG3  PG4  PG 5

**Rehabilitationspotential:**

gut  mäßig  schlecht

**Instruktionsverständnis:**

gut  mäßig  schlecht

**Motivation:**

gut  mäßig  schlecht

**Patient lebt zurzeit:**

- alleinstehend
- bisher mit Ehepartner ohne externe Hilfestellung
- im betreuten Wohnen
- im Pflegeheim:

**Adresse:**

bei Familie  + Soz. Station

**Ansprechpartner:**

**Falls vorhanden, juristischer Betreuer/-in:**

**Gewünschtes Behandlungsziel:**

- Pflegegradantrag
- mit ausgebauter externer Hilfestellung zurück in die bisherige Versorgung in den eigenen Haushalt
- in betreute Wohnen
- in Demenz-WG
- in vollstationäre Pflegeeinrichtung

*Ausfüllen vom AMEOS Klinikum Kaiserstuhl*

**Interner Aufnahmetermin:**

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

Erstellt am / durch 15.8.2017/Wilkens-Lotis	Geprüft am / durch 30.04.2021/Dr. Rengshausen	Freigegeben am / durch 30.04.2021/ Dr. Rengshausen	Version bzw. Revision 001/15.8.2017; 002/ 6.11.2017; 003/30.4.2018; 004/21.1.2019; 005 3.4.19
--	--	---	---