

Patientendaten/Patientenaufkleber

Name: _____
Vorname: _____
Anschrift: _____
Geburtsdatum: _____
Versicherung: _____
☐ 1 Bett ☐ 2 Bett ☐ CA

Einweisende Klinik/Einweisende Praxis

Name: _____
Station: _____
Telefonnummer: _____
Telefonnummer Arzt: _____
Hausarzt: _____
Telefonnummer Hausarzt: _____
Telefonnummer: _____

Angehörige:

Barthel: _____ ISAR: _____ OP-Datum: _____
Bei Fraktur ☐ voll belastbar ☐ übungsstabil ☐ teilbelastbar mit _____ kg ☐ keine Belastung bis _____
Dialysepflichtig ☐ nein ☐ ja Wochentage: _____

Behandlungsbegründende

Hauptdiagnose: _____

Weitere relevante Diagnosen/

Nebendiagnosen: _____

Desorientiert ☐ zeitlich ☐ örtlich ☐ situativ ☐ zur Person
Herausforderndes Verhalten ☐ Aggressivität ☐ Weglauftendenz sonstiges: _____

Geriatrische Multimorbidität (zutreffenden bitte ankreuzen)

☐ Sturzneigung, Gangstörung, ähnliches	☐ Gebrechlichkeit	☐ Depression, Ängste
☐ kognitive Defizite, Demenz	☐ Delir	☐ Multimedikation (>5)
☐ Stuhlinkontinent	☐ Harninkontinent	☐ rez. Stürze, Schwindel
☐ Dekubitus	☐ Wunden	☐ starke Seh-/Hörbeeinträchtigung
☐ Exsikkose		☐ Mangel-/Fehlernährung
☐ Schmerzen chronisch	☐ Schmerzen akut	☐ Gewicht _____
☐ bettlägerig ☐ mobil m. Hilfe	☐ mobil mit HiMi	☐ eigenständig mobil
☐ nasogastrale Sonde ☐ PEG ☐ DK	☐ SPDK	☐ Tracheostoma

Pflegegrad ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ beantragt
Gesetzliche Betreuung ☐ ja Betreuer: _____ Tel.: _____ ☐ nein ☐ beantragt
Patientenverfügung ☐ ja ☐ nein **Vorsorgevollmacht** ☐ ja ☐ nein
Aktueller Wohnstatus ☐ alleinlebend ☐ mit Angehörigen ☐ Partner ☐ Pflegeeinrichtung
Reha-Antrag gestellt ☐ ja ☐ nein

Isolation/Infektionen ☐ MRSA ☐ ESBL ☐ CLOST ☐ 3MRGN ☐ 4MRGN ☐ sonst. _____
Infektionen ☐ Noro ☐ VRE ☐ Erbrechen ☐ Durchfall

Terminwunsch zur Übernahme _____
Verlegung vor 11 Uhr, Liegendaufahrt

Zusage Übernahme _____
Knappschaft Kliniken Bottrop GmbH
Osterfelder Straße 157
46242 Bottrop