

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus | Postfach 100 363 | 03003 Cottbus

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH
Department Geriatrie
Thiemstraße 111
03048 Cottbus
per FAX: 0355 462266
Telefon: 0355 463838

Department Geriatrie
Frau Dr. med. K. Grune
leitende Abteilungsärztin

Download des Anmeldeformulars: www.ctk.de, Geriatrie, Zuweiser

Anmeldeformular

für die Aufnahme in die

vollstationäre geriatrische Behandlung

teilstationäre geriatrische Behandlung

gewünschter Aufnahmetag: _____

Patient

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Bewohner stationäre Pflegeeinrichtung: ja nein

Pflegegrad: ja, Grad _____ nein

Versicherungsstatus

Name der Krankenkasse: _____

Art der Versicherung: gesetzlich privat privat Zusatzversichert

Wahlleistung

Chefarztbehandlung 1-Bett-Zimmer

Soziales Umfeld

Daten der Kontaktperson

Nachname: _____ Vorname: _____

Telefon: _____

Anschrift: _____

Hausarzt/einweisende Klinik

Name/Praxis-, Klinikstempel: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer/Faxnummer: _____

Name des Patienten: _____

Hauptdiagnose: _____ vom: _____

Relevante Nebendiagnosen: _____

Covid-Impfung: ja Datum: _____

nein

Fähigkeitsstörungen

	intakt	nicht intakt	
Selbstversorgung			
persönliche Hygiene			
An-/Auskleiden			
Nahrungsaufnahme			
Urin-/Stuhlkontinenz			
Körperliche Beweglichkeit			
Bett allein verlassen			
Bett mit Hilfe verlassen			
Gleichgewicht			
Sitzen			
Beweglichkeit	Arme		
	Beine		
Fortbewegung			
Stehen			
Gehen			
Treppen steigen			
Kommunikation			
Sprechen			
(Sprach-)Verständnis			
Hören			
Sehen			
Verhalten			
Mitwirken bei Therapie			
Stimmung			
Kognition			
zeitlich			
örtlich			
zur Person	orientiert		
situativ			
adäquates Umsetzen von Anweisungen			
Gedächtnis			
Sonstiges			
	nein	ja	
Hinlauftendenz			
aggressives Verhalten			
			Besonderheiten:
			Dekubitus/Wunden (Wo?):
			Drainagen (Art):
			Katheter (Art):
			Sonden (Art):
			Patient ist derzeit isoliert <input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> nein
			aktueller Infektionsstatus:
			<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> 4MRGN
			<input type="checkbox"/> anderer Erreger
			nachgewiesen in:
			<input type="checkbox"/> Nase/Rachen <input type="checkbox"/> Wunde
			<input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl
			<input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Sputum
			Durchfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Erreger:
			Bei Fraktur:
			OP-Datum: _____
			<input type="checkbox"/> vollbelastet <input type="checkbox"/> teilbelastet _____ kg
			<input type="checkbox"/> übungsstabil <input type="checkbox"/> Entlastung
			Entlassung:
			<input type="checkbox"/> nach Hause
			<input type="checkbox"/> stationäre Pflegeeinrichtung
			<input type="checkbox"/> Häuslichkeit Angehöriger

Ziele des interdisziplinären Therapieprogramms

- Verbesserung der Mobilität, Gangsicherheit, Gleichgewicht und Kraft
- Strategie für den Alltag, Anwendung von Hilfsmitteln erlernen
- Verbesserung der Körperfunktionen im Bereich Feinmotorik und Beweglichkeit
- psychische Verbesserung und Schmerzbewältigung
- Erhalt und Verbesserung der vorhandenen psychosozialen kognitiven Ressourcen
- Erhalt und Verbesserung der Sprachfähigkeit
- andere: _____

Bitte schicken Sie relevante Entlassungsberichte und einen aktuellen Medikamentenplan mit!