

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](http://www.ctk.de), Geriatrie, Zuweiser

## Anmeldeformular

für die Aufnahme in die

vollstationäre geriatrische Behandlung

teilstationäre geriatrische Behandlung

gewünschter Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_

### 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	
<b>Selbstversorgung</b>			
persönliche Hygiene			
An-/Auskleiden			
Nahrungsaufnahme			
Urin-/Stuhlkontinenz			
<b>Körperliche Beweglichkeit</b>			
Bett allein verlassen			
Bett mit Hilfe verlassen			
Gleichgewicht			
Sitzen			
Beweglichkeit	Arme		
	Beine		
<b>Fortbewegung</b>			
Stehen			
Gehen			
Treppen steigen			
<b>Kommunikation</b>			
Sprechen			
(Sprach-)Verständnis			
Hören			
Sehen			
<b>Verhalten</b>			
Mitwirken bei Therapie			
Stimmung			
<b>Kognition</b>			
zeitlich			
örtlich			
zur Person orientiert			
situativ			
adäquates Umsetzen von Anweisungen			
Gedächtnis			
<b>Sonstiges</b>			
	nein	ja	
Hinlauftendenz			
aggressives Verhalten			
			<b>Besonderheiten:</b>
			Dekubitus/Wunden ( <b>Wo?</b> ):
			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:
			<b>Bei Fraktur:</b>
			OP-Datum: _____
			<input type="checkbox"/> vollbelastet <input type="checkbox"/> teilbelastet _____ kg
			<input type="checkbox"/> übungsstabil <input type="checkbox"/> Entlastung
			<b>Entlassung:</b>
			<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!**