Tagesklinik Geriatrie
Anmeldung teilstationäre Komplexbehandlung

EVK Münster
ALEXIANER JOHANNISSTIFT GMBH
Wichernstraße 8, 48147 Münster
Medizinische Klinik
CÄ Dr. med. Kira Uphaus

Belegungsmanagement:
Tel: 0251/5007- 4422
Fax: 0251/5007- 2318

Patientendaten

Einweisung, Arztbrief, Pflegeüberleitung, Medikamentenplan Bitte mitfaxen!

Diagnosen (OP-Datum):	
Bisheriger Krankheitsverlauf / besondere Anmerkungen:	
Grund der weiteren Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit:	
Frührehabilitationsziel /Entlassziel: ☐ Rückkehr in die eigene Wohnung ☐ Wohnen bei Angehörigen ☐ Pflegewohnheim ☐ sonstiges:	
Gewünschter Aufnahmetermin:	Hausarzt/-ärztin:
Betreuer (Name/Bereich):	Angehörige (Name/Bezug):
Pflegedienst:	Krankenkasse:
Telefonnummer des/der Patient/in:	

Barthel Index:	**15 Punkte**	**10 Punkte**	**5 Punkte**	**0 Punkte**
Essen/Trinken	/	selbstständig	mit Unterstützung	hilfebedürftig
Bett/Rollstuhl-Transfer	selbstständig	geringe Unterstützung	erhebliche Unterstützung	hilfebedürftig
Waschen	/	/	selbstständig	hilfebedürftig
Toilettenbenutzung	/	selbstständig	mit Unterstützung	hilfebedürftig
Baden	/	/	selbstständig	hilfebedürftig
Gehen bzw. Rollstuhlfahren	selbstständig 50m	mit Hilfe 50m	selbstständig mit Rollstuhl	hilfebedürftig
Treppensteigen	/	selbstständig	mit Unterstützung	hilfebedürftig
An-/Auskleiden	/	selbstständig	mit Unterstützung	hilfebedürftig
Darmkontrolle	/	kontinent	gelegentlich inkontinent	permanent inkontinent
Blasenkontrolle	/	kontinent	gelegentlich inkontinent	permanent inkontinent
Summe Spalten				
Gesamtpunktzahl				

Weitere Informationen:

Pflegegrad	☐kein ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐beantragt
Mobilitätshilfsmittel	☐kein ☐Gehstock ☐Rollator ☐Rollstuhl
Infektion	☐nein ☐MRSA ☐MRGN ☐andere:
Wunden	☐nein ☐ja, Art/Lokalisation:
Sonden/Drainagen	☐nein ☐ja, Art/Lokalisation:
Katheter	☐nein ☐ja, Art/Lokalisation:
Stoma	☐nein ☐ja, Art:
Desorientiertheit	☐nein ☐ja ☐zeitweise
Sauerstoffgabe	☐nein ☐ja

Anmeldende Einrichtung:

Krankenhaus/Praxisname:			
Ansprechpartner	Name/Station:	Telefon:	Fax:
Datum der Anmeldung:			