

An die Abteilung für Geriatrie  
Johanniter-Krankenhaus Gronau  
Johanniterstr. 1-3  
31028 Gronau/Leine  
Tel: 05182/583-130 Fax: 05182/583-163



**JOHANNITER**  
Krankenhaus Gronau

**Anmeldende Klinik (Stempel)**

**Ansprechpartner**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Funktion:** \_\_\_\_\_

**Tel:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Patient**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Kr.Kasse: \_\_\_\_\_

Wahlleistungen:  Ja  Nein  1-Bett-Zimmer  2-Bett-Zimmer  Chefarztbehandlung

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_

**Vorgesehene Verlegungstermin am:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **ab:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Gewünschter Aufnahmeterrmin am:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Frühreha-Barthel-Index:</b>	Unmögl.	Mit Hilfe	Selbst.		Ja	Nein
Nahrungsaufnahme				Intensivmedizinischer überwachungsspflichtiger Zustand		
Einfache Körperpflege				Absaugpflichtiges Tracheostoma		
Baden/Duschen				Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung		
An-/Auskleiden				Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung		
Transfer Bett- (Roll-)stuhl				Schwere Verständigungsstörung		
Harnkontrolle				Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung		
Stuhlkontrolle						
Gehen Ebene 50 m (ohne Gehwagen)						
Bei Gehunfähigkeit Rollstuhlbenutzung						
Treppensteigen						

**Offene Wunden:**  Ja  Nein **Bradenskala/Punkte:** \_\_\_\_ **MRSA:**  pos.  neg.  nicht unters.

**Harnblasenkatheter:**  Ja  Nein  Suprapubisch  Transurethral

**Hilfsmittel:**  Gehstütze  Rollator  Gehbock  Rollstuhl  Prothese \_\_\_\_\_

**Kognitiver/emotionaler Status:**  wach  eingetrübt  komatös  
 orientiert  verwirrt  depressiv  
 motiviert  kooperativ  nicht kooperativ

**Anschlussversorgung:** gesichert  Nein  Ja  Angehörige  Pflegedienst  Pflegeheim

**Sozialdienst:** bereits tätig  Ja  Nein

**Ansprechpartner:** \_\_\_\_\_

Betreuung:  nicht erforderlich  erforderlich  beantragt  nicht beantragt  besteht

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Unterschrift