

Datum:

Aufnahmefragebogen Mara Zentrum für Behindertenmedizin

Name: _____ Geburtsdatum _____

Adresse/Einrichtung: _____

Pflegegrad: __ beantragt: __

Telefon:
Fax:

Ansprechpartner:

Gesetzl. Betreuung: _____
Name: _____ Adresse: _____

Telefon: _____ FAX: _____

Hausarzt:

Name:

Adresse:

Telefon:

Geschlossene Unterbringung (richterliche Anordnung bitte beifügen)

Ja Nein

Bekante Allergien: Ja Nein **welche:**

Patientenverfügung Ja Nein

Keimbesiedelung? (MRSA/MRGN/MRE), wenn ja, wo

Ja _____ Nein

Aufnahmegrund / gewünschte Untersuchung: (bitte sehr detailliert beschreiben)

sonst. relev.
Diagnosen:

Verhaltensauffälligkeiten/Sonstiges:

z.B. (lautes Schreien, gestörter Tag/Nacht Rhythmus, Reiz/Störepfindlichkeit, besondere Gewohnheiten etc.) Bitte um kurze Schilderung!

Besonderheiten bei der Betreuung z. B. 1:1

Ja _____ Nein

Wenn ja, welche:

Auf wessen Veranlassung hin soll die/der Patient(in) im Krankenhaus Mara behandelt werden

Blutzuckersenkende Medikamente (Metformin) Ja _____ Nein

Blutverdünnende Medikamente (ASS, Marcumar, Pradaxa,..) Ja _____ Nein

Kann eine Blutentnahme ohne Sedierung erfolgen? Ja _____ Nein

Wie bewegt sich die/der Patient(in), wie mobil ist sie/er? nutzt sie/er Hilfsmittel wie z.B. einen Rollator oder eine Gehhilfe.

Orientierung beeinträchtigt? Ja Nein

Hin- Weglauftendenz? Ja Nein

Sturzrisiko? Ja Nein

Wenn ja, wodurch?

Fixierung/Bettgitter/Bauchgurte etc. erforderlich (richterliche Anordnung bitte beifügen)

Ja Nein

Hilfsmittel, Spezialmatratze, ... Ja _____ Nein

Bekommt sie/ er

Physiotherapie: Ja Nein, wenn ja, wie oft in der Woche?

Ergotherapie : Ja Nein, wenn ja, wie oft in der Woche?

Ist die/der Patient(in) sprachfähig (aktiv/passiv). Wie nimmt sie/er Kontakt auf?

Besonderheiten bei der Ernährung: (Sonde, Sondenkost, Schluckstörungen)

Besteht eine Urininkontinenz Ja Nein

Besonderheiten:

Stuhlinkontinenz Ja Nein

Besonderheiten:

Evangelisches Klinikum Bethel	CL Aufnahmefragebogen.docx Geltungsbereich: Mara	Krankenhaus Mara Bethel 
--	---	--

Unterbringung im Einzelzimmer erforderlich?

Ja Nein

Grund:

Patient wird von Angehörigen / Bezugsmitarbeiter zur stationären Aufnahme begleitet

Ja Nein

Unterbringung einer Begleitperson im Pat. Zimmer

Ja Nein

Bitte im Vorfeld die Genehmigung einer Kostenübernahme für den Rücktransport bei der Krankenkasse einholen, falls dieser nicht von der Institution durchgeführt wird.

Zusätzliche Informationen:

**Bitte senden Sie uns den aktuellen Medikamentenplan, vorhandene Arztbriefe /
Untersuchungsbefunde/ Befunde/Bildgebung von CT oder MRT als CD,
sowie den ausgefüllten Fragebogen zurück an:**

Frau Lipsewers, Krankenhaus Mara gGmbH, Maraweg 21, 33617 Bielefeld,

Elisabeth.Lipsewers@mara.de

Tel: 0521/772-77723 Fax: 0521/772-77744

Wer hat den Bogen ausgefüllt? bitte Unterschrift mit Angabe der Funktion zum Patienten: