

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:

<b>Evangelisches Klinikum Bethel</b>	<b>CL Aufnahmefragebogen.docx</b> <b>Geltungsbereich: Mara</b>	Krankenhaus <b>Mara</b> 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:**