

Assessmentbogen Geriatrie

Anforderer

Vorname, Name Klinik

Telefon Station

Patient

Vorname, Name Geb.-Datum

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Angehörige Telefon

Hausarzt Telefon

Krankenkasse Zusatzversicherung

Wer?

Gesetzliche Betreuung	Nein	Ja				
Pflegegrad	1	2	3	4	5	Eingeleitet
Bisherige Lebenssituation/Versorgung	Im eigenen Haushalt Ambulante Dienste		Selbstständig Im Pflegeheim		Bei Familienangehörigen Durch Familienangehörige	

Hauptdiagnose

Nebendiagnosen

Behandlungsziel

Aufnahme (Gewünschte Aufnahme ab)

Stationär Teilstationär/Tagesklinik Chefarztwahl Ja Nein Einzelzimmer Ja Nein

