

Checkliste zur Aufnahmeentscheidung (KAV)

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____



Kriterium	Ja, trifft zu → Einschlusskriterium	Nein, trifft nicht zu → Ausschlusskriterium
Diagnose ICD-HD		
E86 Exsikkose		
I10.9 Essentielle Hypertonie		
I50 Chronische Herzinsuffizienz		
J18 Pneumonie		
J44 COPD		
J20 Bronchitis		
A09 Gastroenteritis		
Evtl. Harnwegsproblematiken		
Selbstbestimmungsrecht		
Patient*in wünscht Aufnahme in KAV und erfüllt mind. ein Kriterium		
IfSG		
MRE negativ		
Es besteht aktuell keine isolationspflichtige Erkrankung.		
Fieberhafter Infekt		
Palliation ohne Notwendigkeit der intensiven Versorgung in einer stationären Palliativeinheit		
Notwendigkeit zur Opiatgabe, insbesondere in Palliativsituation		
Akute Eigen- und Fremdgefährdung kann ausgeschlossen werden		
akut delirante Zustände, andere psychiatrische Erkrankungen mit erhöhtem Betreuungsaufwand können ausgeschlossen werden		

345678

