

Fax Anmeldeformular Geriatrie
Fax-Nr.: 02461 620 2409

<p>(Patientenaufkleber)</p> <p>Name, Vorname: _____</p> <p>Geb. Datum: _____</p>		Absender Stempel:	
		Station: _____	Telefon: _____
		Datum: _____	Arzt: _____
<input type="checkbox"/> Kassenpatient <input type="checkbox"/> Privatpatient	Kasse / Versicherung	<input type="checkbox"/> Privat 1-Bettzimmer <input type="checkbox"/> Privat 2-Bettzimmer	<input type="checkbox"/> mit Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> ohne Chefarztbehandlung

Status vor Erkrankung: Selbständig /Wohnung Altenheim/Wohnbereich Altenheim/Pflegebereich

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:

Weitere relevante Diagnosen / oder Arztbrief:

Barthel-Index: _____ Punkte (bitte als Anlage beifügen)

OP-Datum: _____ bei Fraktur voll belastbar teilbelastbar ab _____ mit _____ kg
 übungstabil keine Belastung bis _____

Erbrechen ja nein Weglaufgefahr ja nein

Durchfall ja nein Aggressivität ja nein

Infektionen (Noro/MRSA/Clost.) ja nein **bei JA: welche:** _____ (Befunde faxen)

Geriatrische Multimorbidität: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Immobilität / Frailty/Gebrechlichkeit | <input type="checkbox"/> Rezidiv. Stürze / Schwindel / Gangstörung |
| <input type="checkbox"/> Kognitive Defizite /Delir/Demenz | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Decubitus / Wunden | <input type="checkbox"/> Mangel- / Fehlernährung |
| <input type="checkbox"/> Depression / Angststörung | <input type="checkbox"/> Schmerz |
| <input type="checkbox"/> Starke Seh- / Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> Multimedikation (mehr als 5) |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose / Elektrolytentgleisung | <input type="checkbox"/> Verzögerte Rekonvaleszenz |

Sonstiges: Nasogastr. Sonde PEG DK SPDK Tracheostoma

Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen
(bitte Erkrankung anführen) _____
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- Komplikationen bestehen: z.B. Desorientiertheit, Demenz, Depression, wahnhaftige Symptomatik, Weglauftendenz, Wundkomplifikationen, Sehverlust, Hörverlust

Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> eingeleitet
Betreuung / Bevollmächtigter:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name: _____
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein MRSA-Abstrich <input type="checkbox"/> erfolgt <input type="checkbox"/> nicht erfolgt Ergebnis: Wunde _____ Nase/Rachen _____
Anmeldung für (Datum):	Rücksprache erwünscht/möglich unter Telefon: _____