

**Anmeldeformular Geriatrie**  
 (bitte ausgefüllt faxen an: 02303/106-197)

<b>Einweisende/s Praxis/KH</b>	<input type="checkbox"/> Kassenpatient <input type="checkbox"/> Privatpatient	KK/KV:
<b>Bitte Patientendaten aufkleben!</b>	Privat 1-Bett	<input type="checkbox"/>
	Privat 2-Bett	<input type="checkbox"/>
	Chefarztbehandlung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Telefon-Nr. für Rückfragen	
	Gewünschter Verlegungstermin	

**Status Vorerkrankung:**  Selbstständig/Wohnung  Altenheim/Wohnbetreuung  
 Altenheim/Pflegebereich  24-Stundenbetreuung

**Akutmedizinischer Behandlungsbedarf:** \_\_\_\_\_

**Behandlungsziel:** \_\_\_\_\_

**Behandlungsbegründende**

**Hauptdiagnose:** \_\_\_\_\_

**Behandlungsziel:** \_\_\_\_\_

**Weitere relevante Diagnose/n:** \_\_\_\_\_

Barthel-Index: \_\_\_\_\_ Punkte (Bitte als Anlage beifügen)  Befund Covid-Abstrich nicht älter als 48h (Bitte als Anlage beifügen)

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

Erbrechen  Ja  Nein Hinlauftendenz  Ja  Nein

Durchfall  Ja  Nein Aggressivität  Ja  Nein

Infektionen (Noro/MRSA/Clost./ESBL/VRE)  Ja  Nein

Bei Ja: Welche? \_\_\_\_\_

**Geriatrie Multimorbidität** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Immobilität  Starke Seh-/Hörbehinderung  Mangel-/Fehlernährung
- Kognitive Defizite/Delir/Demenz  Exsikkose/Elektrolytentgleisung  Schmerz
- Dekubitus/Wunden  Rezidiv. Stürze/Schwindel/Gangstörung
- Multimedikation(>5)/Medikationsprobleme
- Depression/Angststörung  Inkontinenz  Verzögerte Rekonvaleszenz
- Sensibilitätsstörung  Hohes Komplikationsrisiko

**Sonstiges:**  Nasogastr./Sonde  PEG  DK  Cystofix  Tracheostoma

**Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in der Rehaklinik, weil...**

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern.
- Komplikationen bestehen: (z. B. Desorientiertheit/Demenz/Depression/wahnhafte Symptomatik/Hinlauftendenz/Wundkomplikationen/ Sehverlust/Hörverlust).
- bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen.

**Pflegegrade:**  Nein  I  II  III  IV  V

**Betreuung:**  Nein  Ja, wer? \_\_\_\_\_

**Heimanmeldung:**  Nein  läuft, ab \_\_\_\_\_  geplant, ab \_\_\_\_\_

**Anmeldung Kurzzeitpflege:**  Nein  läuft, ab \_\_\_\_\_  geplant, ab \_\_\_\_\_

**AHB:**  Nein  angemeldet  geplant, ab \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung:**  Nein  Ja **Versorgungsvollmacht:**  Nein  Ja

**Coronaimpfung:**  Nein  Ja  vollständig

**Boosterimpfung:**  Nein  Ja wann? \_\_\_\_\_

**Durchgemachte Coronainfektion:**  Nein  Ja wann? \_\_\_\_\_

**Anmeldung für Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des zuweisenden Arztes:** \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_

**Interne Bearbeitungsvermerke (bitte nicht ausfüllen):**

Patient wird aufgenommen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Station:	Uhrzeit
Datum:		Kürzel CA/OA	