



Geriatrische Abteilung - Hr. Dr. med. Schwab, Chefarzt
Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 5GB V

Datum: _____	Bitte per Fax an 06421 / 808-597 senden
(Patientenetikett) Name: Vorname: Geb.-Datum: Krankenkasse: Walleistung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/>	Absender: _____ Ansprechpartner (Name in Druckschrift) Sozialdienst: _____ Arzt: _____ Telefon: _____ Sozialdienst: _____ Arzt: _____ Unterschrift und Stempel (Arzt): _____ Telefon der Station: _____ Gewünschter Verlegungstermin: _____
<u>Behandlungsbegründende Diagnosen:</u> 	<u>Weitere Diagnosen:</u>
Operation: _____ OP-Datum: _____	<u>Bei Frakturen: (bitte Vorbefunde/CD mitgeben)</u> <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung bis:..... mit kg <input type="checkbox"/> keine Belastung bis:

Kurze Patientenbeschreibung:

Soziale Situation vor Erkrankungsbeginn:

- wohnt allein Sozial: ausreichend versorgt
 wohnt im Altenheim unzureichend versorgt
 Kurzzeitpflege
 Betreutes Wohnen
 mit Angehörigen
 Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Orientierung des Patienten aktuell:

- voll orientiert
 partiell orientiert
 desorientiert
 bekannte Demenz: ja nein

Aktivitäten des täglichen Lebens (BARTHEL-Index)

	selbstständig	benötigt Begleitung	benötigt fremde Hilfe	nicht selbstständig
1. Essen	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
2. Bett/(Rollstuhl)-Transfer	15 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
3. Waschen (Oberkörper)	5 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
4. Toilettengang	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
5. Baden	5 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
6. Gehen/Rollstuhlfahren	15 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
7. Treppensteigen	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
8. An-/Auskleiden	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
9. Stuhlkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
10. Urinkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)

Gesamtpunktzahl:/100

Alltagsrelevante Fähigkeiten des Patienten vor stationärer Aufnahme:

- Selbständig mobil mit Hilfe mobil alltagsselbständig _____

Kontakt Ansprechpartner:

- Angehöriger VS-Bevollmächtigter Betreuer

Name (in Druckschrift) und Telefonnummer/n: _____

Geriatric typische Multimorbidität (aktuellen Status bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit | <input type="checkbox"/> Delir | <input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung |
| <input type="checkbox"/> kognitive Defizite/Demenz | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> starke Sehbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Schwindel/Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> Inkontinenz(Harn/Stuhl) | <input type="checkbox"/> verzögerte Rekonvaleszenz |
| <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung | <input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung | |
| <input type="checkbox"/> rezidivierende Stürze/Gangstörung | <input type="checkbox"/> Multimedikation | <input type="checkbox"/> Schmerz: <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch |

Hygienerelevante Erkrankungen (bitte aktuelle Befunde mitschicken)

- Diarrhöe Clostridium difficile Norovirus
- VRE 3 MRGN / Erreger und Lokalisation _____
- MRSA 4 MRGN / Erreger und Lokalisation _____
- COVID-19 PCR erfolgt am: _____
- positiv negativ
- Angabe des ct-Wertes: _____
- Tuberkulose
- Sonstige: _____

Besonderes / Rehaziel:

Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, da

(vom Arzt auszufüllen !)

- aktuell bestehende i.v. Therapie
- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- Kreislauf Instabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- Komplikationen bestehen:
(z. B. Desorientiertheit / wahnhaftige Symptome / Weglauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust)
- _____

bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen *(bitte Erkrankung anführen):*

Rücksprache (Name und Telefon)

Datum

Unterschrift des Arztes