



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

<b>Datum:</b>	<b>Bitte per Fax an 06421 / 808-597 senden</b>
(Patientenetikett) Name: ..... Vorname: ..... Geb.-Datum: ..... Krankenkasse: ..... Wahlleistung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/>	<b>Absender:</b> ..... <b>Ansprechpartner (Name in Druckschrift)</b> <b>Sozialdienst:</b> ..... <b>Arzt:</b> ..... <b>Telefon:</b> ..... <b>Sozialdienst:</b> ..... <b>Arzt:</b> ..... <b>Unterschrift und Stempel (Arzt):</b> ..... <b>Telefon der Station:</b> ..... <b>Gewünschter Verlegungstermin:</b> .....
<b><u>Behandlungsbegründende Diagnosen:</u></b>	<b><u>Weitere Diagnosen:</u></b>
<b>Operation:</b> ..... <b>OP-Datum:</b> .....	<b><u>Bei Frakturen:</u> (bitte Vorbefunde/CD mitgeben)</b> <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"/> <b>(Punkte)</b>
2. Bett/(Rollstuhl)-Transfer	15 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
3. Waschen (Oberkörper)	5 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
4. Toilettengang	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
5. Baden	5 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
6. Gehen/Rollstuhlfahren	15 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
7. Treppensteigen	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
8. An-/Auskleiden	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
9. Stuhlkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
10. Urinkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>

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

**Geriatrie 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