

ANMELDUNG KLINIK FÜR AKUTGERIATRIE

MODERNE MEDIZIN

*Von Mensch
zu Mensch*

Kontaktdaten verlegende Klinik/Einweiser:

Telefon: _____

Fax: _____

Patientendaten oder Aufkleber:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Anschrift: _____

Hausarzt: _____

Zuzahlungspflichtige Wahlleistungen:

WL-Chefarztbehandlung: Ja Nein

WL-1-Bettzimmer:

WL-2-Bettzimmer:

Gesetzliche Betreuung/Vollmacht

Ja Nein Wer: _____

Telefon: _____

Patientenverfügung:

Ja Nein

Hauptdiagnose ggf. Eingriffsdatum: _____

Behandlungsbedürftige Nebendiagnosen: _____

Zielauftrag:

Demenzabklärung

Medikamentöse Einstellung

Geriatrische Frührehabilitation

Aktuelle Corona Prävention:

1. Elektive Aufnahmen von Patienten mit bronchopulmonaler Beschwerdesymptomatik werden zum aktuellen Zeitpunkt nicht terminiert.
2. Bei Patienten aus Pflegeeinrichtungen, Wohnheimen o. ä. benötigen wir aktuelle, max. 3 Tage alte Screening Ergebnisse auf MRSA und COVID-19. Die Ergebnisse müssen uns 1 Tag vor Aufnahme bis **15 Uhr** vorliegen. Wir bitten um Zusendung per Fax!

Auszufüllen von der Klinik für Akutgeriatrie:

Geriatrische Übernahme / Aufnahme wurde abgelehnt.

Grund: _____

Stationäre geriatrische Behandlung ist indiziert. Aufnahme am: _____

Datum, Unterschrift: _____

Stationärer Krankenhausaufenthalt innerhalb der letzten 10 Tage: Ja Nein

Isolation erforderlich: Nein Ja Grund: _____

MRSA-Nasen/Rachen-Abstrich erfolgt: Nein Ja positiv negativ

Andere multiresistente Erreger (Bsp.: 3MRGN, 4MRGN, VRE): Nein Ja

Falls ja, genauere Angaben: _____

Adaptierter Barthel-Index:

		Nicht möglich	Benötigt Hilfe, teilweise selbstständig	Selbstständig
1	Essen und Trinken	0	5	10
2	Waschen	0	0	5
3	Baden/Duschen	0	0	5
4	Toilettenbenutzung	0	5	10
5	An- und Auskleiden	0	5	10
6	Stuhlkontrolle	0	5	10
7	Harnkontrolle	0	5	10
8	Bett/ (Roll-) Stuhltransfer	0	5	15
9	Gehen auf Flurebene	0	5	15
10	Treppensteigen	0	5	10
Summe				

Orientierung / Kognition			
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/> schwer eingeschränkt	Weglauftendenz: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Pflegegrad vorhanden			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> PG 1	<input type="checkbox"/> PG 2	<input type="checkbox"/> PG 3 <input type="checkbox"/> PG 4 <input type="checkbox"/> PG5
Letzte Wohnsituation			
<input type="checkbox"/> Eigene Wohneinheit	<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung o.ä.	<input type="checkbox"/> Andere Situation:	
Hilfsbedarf im Alltag vor KH-Aufenthalt			
<input type="checkbox"/> Bislang autark <input type="checkbox"/> Wenig Hilfe	<input type="checkbox"/> Viel Hilfe	Hilfe durch Pflegedienst <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Hilfe durch Angehörige <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Aktuelle Mobilität			
<input type="checkbox"/> Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Sitz an Bettkante	<input type="checkbox"/> mobil mit Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> mobil ohne Hilfsmittel
Nahrungsaufnahme			
Probleme <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Ernährung: <input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> Magensonde / PEG	Schluckstörung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Respiratorische Probleme			
Tracheostoma <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Sauerstofftherapie <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Heimbeatmungsgerät <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Dekubitus			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo?	<input type="checkbox"/> I°	<input type="checkbox"/> II°	<input type="checkbox"/> III – IV°
Frakturbelastung			
<input type="checkbox"/> Vollbelastung	<input type="checkbox"/> Teilbelastung bis wann? Wie viel kg:	<input type="checkbox"/> Entlastung bis:	
Besonderheiten: (Bsp.: Dialyse, Beatmung, VAC-Therapie)			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			