

# 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: \_\_\_\_\_



Katholisches Klinikum  
Koblenz · Montabaur

## Klinik für Akutgeriatrie

Chefarzt Dr. med. Ralph Schulz  
Koblenzer Straße 11 – 13 · 56410 Montabaur  
Telefon: 02602 122-617 · Fax: 02602 122-868  
geriatrie@kk-km.de · www.kk-km.de



BBT-Gruppe

Mit Kompetenz und Nächstenliebe  
im Dienst für die Menschen

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
<b>Summe</b>				

<b>Orientierung / Kognition</b>			
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt	<input type="checkbox"/> schwer eingeschränkt	Weglauftendenz: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
<b>Pflegegrad vorhanden</b>			
<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
<b>Letzte Wohnsituation</b>			
<input type="checkbox"/> Eigene Wohneinheit	<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung o.ä.	<input type="checkbox"/> Andere Situation:	
<b>Hilfsbedarf im Alltag vor KH-Aufenthalt</b>			
<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
<b>Aktuelle Mobilität</b>			
<input type="checkbox"/> Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Sitz an Bettkante	<input type="checkbox"/> mobil mit Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> mobil ohne Hilfsmittel
<b>Nahrungsaufnahme</b>			
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
<b>Respiratorische Probleme</b>			
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	
<b>Dekubitus</b>			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo?	<input type="checkbox"/> I°	<input type="checkbox"/> II°	<input type="checkbox"/> III – IV°
<b>Frakturbelastung</b>			
<input type="checkbox"/> Vollbelastung	<input type="checkbox"/> Teilbelastung bis wann? Wie viel kg:	<input type="checkbox"/> Entlastung bis:	
<b>Besonderheiten: (Bsp.: Dialyse, Beatmung, VAC-Therapie)</b>			
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			