

Patientendaten	Absender	Datum:

GKV Patient Privatpatient 1 Bett 2 Bett mit CA ohne CA

Station: _____ Arzt: _____ Tel.: _____

Behandlungsbegründete Hauptdiagnose:	
Weitere relevante Diagnosen:	

Bei Fraktur: OP Datum: _____ voll belastbar Teilbelastung ____ kg bis voraussichtlich: _____

Geriatrische Multimorbidität (zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Rez. Stürze, Schwindel, Gangstörung	<input type="checkbox"/> Dekubitus/ Wunden	<input type="checkbox"/> chronische Schmerzen
<input type="checkbox"/> Kognitive Defizite, Delir, Demenz	<input type="checkbox"/> Frailty/ Gebrechlichkeit	<input type="checkbox"/> starke Seh-/ Hörstörung
<input type="checkbox"/> Depression/ Angststörung	<input type="checkbox"/> Exsokkose/ Elektrolytstörung	<input type="checkbox"/> Multimedikation (>5)
<input type="checkbox"/> Inkontinenz (Urin/ Stuhl)	<input type="checkbox"/> Mangel-/ Fehlernährung	<input type="checkbox"/> rez. Krankenhausaufenthalte

Weglauff Tendenz **Aggressivität** **Diarrhoen** **Iso Notwendigkeit**

Infektionen (Clostridien, Noro-/Rota – Viren, 4 MRGN, 3 MRGN, VRE, CoV-2 etc.)
 Nein Ja, nämlich : _____ **Antibiotikatherapie mit:** _____

MRSA Abstrich erfolgt ausstehend Besiedelung nachgewiesen **Lokalisation:** _____

Dialysepflichtig Nein Ja

Wunden Nein Ja → **Lokalisation/ Grad und Ausmaß:** _____

PEG Nasogastrale Sonde DK SPDK Tracheostoma Nephrostoma

Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil:

bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen (bitte Erkrankung aufführen)

--

- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- Komplikationen bestehen: (z. B. Desorientierung/ Demenz/ Depression/ wahnhafte Symptomatik/ Weglauff Tendenz/ Wundkomplikationen/ Sehverlust/ Hörverlust)

Mobilität / Stabilität aktuell:

Bettlägerig Transfer mit Hilfe Transfer selbstständig mobil mit Hilfsmitteln mobil mit Begleitung Selbständig

Welches Therapieziel soll erreicht werden?

<input type="checkbox"/> Verbesserung der Mobilität / Sturzprävention	<input type="checkbox"/> Optimierung der Akuttherapie
<input type="checkbox"/> Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit	<input type="checkbox"/> Abklärung geriatrischer Symptome

Geltungsbereich: SI Zentrum für Alterstraumatologie	Office-Vorlage Anmeldeformular Geriatrie Mg. Dr. med. Mimoun Azizi M.A.	 ID-Nummer: D13205
--	---	--

<input type="checkbox"/> Steigerung der Alltagskompetenz	<input type="checkbox"/> Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
<input type="checkbox"/> Verkürzen vollstationärer Behandlung	

Sonstiges Behandlungsziel (bitte beschreiben): _____

Status vor Erkrankung:

Selbständig/ eigene Wohnung → alleine mit Angehörigen
 Pflegeheim/ Senioreneinrichtung → Name der Einrichtung _____
 betreutes Wohnen ohne festen Wohnsitz sonstiges _____

Mobilität / Stabilität (Vor Erkrankung)

Bettlägerig Transfer mit Hilfe Transfer selbstständig mobil mit Hilfsmitteln mobil mit Begleitung Selbständig

Pflegegrad: → ohne PG1 PG2 PG3 PG4 PG5 beantragt am: _____

Angehörige / Bezugsperson → Name: _____ Tel.: _____

Vollmacht vorhanden nein ja

Vollmachtnehmer/in → Name: _____ Tel.: _____

Gesetzliche Betreuung → beantragt am: _____ AZ: _____

nicht vorhanden

bereits vorhanden → Name des Betreuers/in _____ Tel.: _____

Frührehabilitation / geriatriische Komplexbehandlung in den letzten 6 Monaten? Nein ja, am: _____

(bitte Klinik und Kostenträger nennen)

Anmeldung für:

Akut Geriatrie Geriatriische Frührehabilitation

Bitte füllen Sie das Formular möglichst vollständig aus!

Bitte fügen Sie Vorbefunde, eine vollständige Medikamentenliste ggf. Vergleichsberichte, sowie eine Pflegeüberleitung diesem Formular anbei.

Verfasser: Yvonne Haehnel	Freigabe: -	Nächste Revision: ---
Version: 1 Freigegeben am: 23.04.2025	Bestellnummer:	Seite 2 von 2