

Anfrage zur Übernahme in die Akut-Geriatrie

Name:

Vorname:

Geb.:

Straße:

PLZ/Ort:

Krankenkasse:

Bitte Bogen ausfüllen und senden an:

Fax: 02521 / 841-429
Geriatrisches Sekretariat

Wir werden uns kurzfristig mit Ihnen in Verbindung setzen.

Bei Verlegung bitte den Arztbrief, alle Vorberichte und radiologischen Bilder auf CD sowie die Krankenversichertenkarte mitbringen. Vielen Dank.

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| Verlegende Klinik / Zuweisender Arzt: <input type="text"/> | | | | Aktuelle Station: <input type="checkbox"/> Normalstation: <input type="text"/> (Stationsnr.) <input type="checkbox"/> Intensivstation | |
| Ärztlicher Ansprechpartner: <input type="text"/> | | Telefon: <input type="text"/> | Fax: <input type="text"/> | | Versicherungsstatus: <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett |
| Hauptdiagnose (ggf. OP-Datum): <input type="text"/> | | | | Barthel: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Vollbelastung MMST: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Teilbelastung <input type="text"/> kg, bis <input type="text"/> | |
| Weitere Diagnosen: <input type="text"/> | | | | Pflegegrad: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> eingeleitet | |
| Durchfallerkr. (letzte 14 Tage): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Stuhlprobe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Weglauff Tendenz: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Aggressivität: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Status vor Erkrankung: <input type="checkbox"/> selbstst./Wohnung <input type="checkbox"/> Altenheim/Wohnheim <input type="checkbox"/> Altenheim/Pflegebereich | | | | Infektiosität: Aktuell isoliert: <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Letzte Abstriche (Datum): <input type="text"/> | |
| Geriatrische Multimorbidität (Zutreffendes bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> Immobilität/Frailty/Gebrechlichkeit <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung <input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung <input type="checkbox"/> Verzögerte Rekonvaleszenz <input type="checkbox"/> Kognitive Defizite/Delir/Demenz <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Starke Seh-/Hörbehinderung <input type="checkbox"/> Multimedikation (mehr als 5) <input type="checkbox"/> Schmerz <input type="checkbox"/> Exsikose/Elektrolytentgleisung <input type="checkbox"/> Rezidiv. Stürze/Schwindel/Gangst. <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden Sonstiges: <input type="checkbox"/> nasogastr. Sonde <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> SPDK <input type="checkbox"/> O2-Gerät <input type="checkbox"/> Stoma | | | | MRSA (obligat; max. 7 T. alt) <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. Clostridien <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. VRE <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. 3-MRGN <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. 4-MRGN <input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> pos. | |
| Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil... | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ... die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ... bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen: <input type="text"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ... Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ... Komplikationen bestehen (z.B. Demenz/Depression/Seh-/Hörverlust/...): <input type="text"/> | | | | | |
| Therapieziel: <input type="text"/> | | | | | |

Übernahme am:

Gewicht: > 120 kg

Hinweise:

Covid-19-Schutzimpfung erhalten.

Datum:

Unterschrift: (Arzt)