



## Anfrage zur Übernahme in die Akut-Geriatrie

Name:

Geb.-datum:

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"/>				<b>Aktuelle Station:</b> <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"/>		<b>Versicherungsstatus:</b> <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
Weitere Diagnosen: <input type="text"/>				MMST: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Teilbelastung <input type="text"/> kg, bis <input type="text"/>
Durchfallerk. (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		<b>Pflegegrad:</b> <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
<b>Status vor Erkrankung:</b> <input type="checkbox"/> selbstst./Wohnung <input type="checkbox"/> Altenheim/Wohnheim <input type="checkbox"/> Altenheim/Pflegebereich				<b>Infektiosität:</b> Aktuell isoliert: <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Letzte Abstriche (Datum): <input type="text"/>	
<b>Geriatrische Multimorbidität (Zutreffendes bitte ankreuzen):</b> <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 <b>Sonstiges:</b> <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.
				(Falls vorhanden) 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.
<b>Spezielle Medikamente:</b> <input type="text"/>					
<b>Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil...</b> <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"/>					
<b>Therapieziel:</b> <input type="text"/>					

Übernahme am:

**Gewicht:** > 120 kg

Hinweise:

**Covid-19-Schutzimpfung** erhalten.

Datum:

Unterschrift:  (Arzt)