

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:				Aktuelle Station: <input type="checkbox"/> Normalstation: <input type="text"/> (Stationsnr.) <input type="checkbox"/> Intensivstation																
Ärztlicher Ansprechpartner:		Telefon:	Fax:	Versicherungsstatus: <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett																
Hauptdiagnose (ggf. OP-Datum):				Barthel: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Vollbelastung															
Weitere Diagnosen:				MMST: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Teilbelastung <input type="text"/> kg, bis <input type="text"/>															
Durchfallerkr. (letzte 14 Tage): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Stuhlprobe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Weglauftendenz: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Aggressivität: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	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															
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				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">MRSA <small>(obligat; max. 7 T. alt)</small></td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> neg.</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> pos.</td> </tr> <tr> <td>Clostridien</td> <td><input type="checkbox"/> neg.</td> <td><input type="checkbox"/> pos.</td> </tr> <tr> <td>VRE</td> <td><input type="checkbox"/> neg.</td> <td><input type="checkbox"/> pos.</td> </tr> <tr> <td>3-MRGN</td> <td><input type="checkbox"/> neg.</td> <td><input type="checkbox"/> pos.</td> </tr> <tr> <td>4-MRGN</td> <td><input type="checkbox"/> neg.</td> <td><input type="checkbox"/> pos.</td> </tr> </table>		MRSA <small>(obligat; max. 7 T. alt)</small>	<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.
MRSA <small>(obligat; max. 7 T. alt)</small>	<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 style="width: 100%;" type="text"/>																				

Übernahme am:

Gewicht: > 120 kg

Hinweise:

Datum:

Unterschrift: (Arzt)