

Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

Patientendaten (Aufkleber)		Anmelder/Einrichtung	
Name, Vorname		stationär seit	
geb.			
Krankenkasse	Behandlungsart stationär <input type="radio"/> teilstationär <input type="radio"/>	Kontakt auf Station Telefon _____ Arzt _____	
Wahlleistungen 1-Bett <input type="radio"/> 2-Bett <input type="radio"/>	Chefarzt <input type="radio"/>		
Hausarzt			

behandlungsbegründende Diagnosen:

weitere relevante Diagnosen:

Operation	bei Frakturen (bitte Vorbefunde / CD mitgeben)	
OP-Datum	<input type="radio"/> voll belastbar	<input type="radio"/> teilbelastbar ab _____ mit _____ kg
	<input type="radio"/> übungstabil	<input type="radio"/> keine Belastung bis _____

Status vor Erkrankung und Mobilität	Pflegegrad
<input type="radio"/> allein lebend <input type="radio"/> selbständig <input type="radio"/> eigene Wohnung <input type="radio"/> mit Angehörigen <input type="radio"/> hilfsbedürftig <input type="radio"/> familiäre Versorgung <input type="radio"/> Pflegedienst: _____	<input type="radio"/> betreutes Wohnen <input type="radio"/> Kurzzeitpflege/PH <input type="radio"/> immobil <input type="radio"/> Hilfsmittel? Welche: _____ _____
	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Antrag gestellt <input type="radio"/> Grad: _____ (1-5)

Kontakt Ansprechpartner:

- Angehöriger
 VS-Bevollmächtigter
 Betreuer
- Telefonnummer/n _____

Geriatric typische Multimorbidität*(aktuellen Status bitte ankreuzen)*

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit | <input type="checkbox"/> Immobilität | <input type="checkbox"/> kognitive Defizite/Demenz | <input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung |
| <input type="checkbox"/> rezidivierende Stürze/Gangstörung | <input type="checkbox"/> Delir | <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung | <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden |
| <input type="checkbox"/> Schwindel/Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> starke Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> verzögerte Rekonvaleszenz | <input type="checkbox"/> Multimedikation (≥ 5) |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung | | | <input type="checkbox"/> Kontinenzprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schmerz (<input type="checkbox"/> akut/ <input type="checkbox"/> chronisch) | | | <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl |

die Patientin / der Patient ist aktuell

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kooperationsfähig | <input type="checkbox"/> selbständig gehfähig |
| <input type="checkbox"/> orientiert | <input type="checkbox"/> mit Hilfsperson gehfähig |
| <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> nicht gehfähig |
| <input type="checkbox"/> hin-/weglaufgefährdet | <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer |

die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Transfer |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> An-/Ausziehen |
| <input type="checkbox"/> Toilettengang | |

Besonderheiten

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Kontrakturen | <input type="checkbox"/> Stomaversorgung | <input type="checkbox"/> Demers/Shaldon Katheter |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> NIV/CPAP-Beatmung | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> Dialyse |
| <input type="checkbox"/> Mangensonde / PEG | <input type="checkbox"/> O ₂ -Therapie | <input type="checkbox"/> Port | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> chronisch | <input type="checkbox"/> ZVK | _____ |

Hygienerrelevante Erkrankungen *(bitte aktuelle Befunde mitschicken)*

Diarrhöe
Clostridoides Norovirus

VRE 3 MRGN / Erreger und Lokalisation _____

MRSA 4 MRGN / Erreger und Lokalisation _____

COVID-19 Abstrich erfolgt

positiv
 negativ

Datum Befund _____

Sonstige _____

Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, da

(vom Arzt auszufüllen!)

- aktuell bestehende i.v. Therapie
- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- Komplikationen bestehen
(z. B. Desorientiertheit / wahnhaftige Symptome / Weglauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust):

bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen *(bitte Erkrankung anführen):*

Weitere Bemerkungen

Rücksprache (Name und Telefon)

Datum

Unterschrift des Arztes