



Anmeldung zur stationären geriatrischen Komplexbehandlung

Seite 1

per Fax an 02 14/3 72-2 26

Ausschlusskriterien:

**Überwachungspflicht auf Intensiv / IMC
großflächige Wunden, Pflegegrad V,
Alter < 70 Jahre, Tracheostoma, Heimbeatmung**

Bei gewünschter geriatrisch-palliativer Therapie
bitten wir um Kontaktaufnahme.

Patientendaten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Krankenversicherung:

GKV

PKV

WL 1-Bett

WL 2-Bett

WL Chefarzt

Verlegende Klinik:

stationär seit:

Verlegungsgrund:

keine eigene Geriatrie vorhanden

keine Bettenkapazität

Tel. für med. Auskünfte:

Tel. zur Terminabsprache:

Hausarzt:

Aktuelle Medikamentenliste und aktuelle Laborbefunde bitte per Fax an: 02 14/3 72-2 26

Reha-Behandlung/geriatrische Komplextherapie in den letzten 6 Monaten? **nein ja:**

Bereits für eine Reha-Maßnahme angemeldet?

nein ja:

Hauptdiagnose

OP-Datum:

Wundheilungsstörung:

nein

ja

Teilbelastung:

kg

Vollbelastung:

nein

ja

Nebendiagnosen:

O2/NIV:

nein

ja

Dialysepflichtig:

nein

ja

Isolation:

nein

ja

bei Clostridien

Noroviren

MRE

Entisoliert:

nein

ja

(MRSA, 3/4 MRGN,
ESBL, VRE)

Verhaltensauffälligkeiten

Delir:

nein

ja

Hinlauftendenz:

nein

ja

Demenz:

leicht

mittel

schwer

Depression:

nein

ja

Zusatzstörungen/Besonderheiten

Infekt:

nein

ja

Focus:

Therapie:

Dekubitus:

nein

ja

Grad:

Lokalisation:

Stoma:

nein

ja

Lokalisation:

Magen-Sonde/PEG:

nein

ja

Schluckstörungen:

nein

ja

Chemotherapie/Radiatio/OP/Sonstige weitere Diagnostik geplant?

nein

ja

Welches Therapieziel soll erreicht werden?

Optimieren der Akuttherapie

Verbesserung der Mobilität, Sturzprävention

Abklärung geriatrischer Symptome

Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit

Steigerung der Alltagskompetenz

Vermeiden von Pflegebedürftigkeit

Verkürzen vollstationärer Behandlung

Sonstiges:



Anmeldung zur stationären geriatrischen Komplexbehandlung

Seite 2

per Fax an 02 14/3 72-2 26

Patientendaten	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	

Versorgungssituation	
Pflegegrad:	kein I II III IV V beantragt
Pflegedienst:	nein ja
Wohnsituation:	zu Hause allein zu Hause mit Angehörigen im Heim
Hilfsmittel:	

Ansprechpartner	
Angehöriger	Bekannter ges. Betreuer nicht vorhanden
Name:	Telefon:

Bestimmung der ADL-Kompetenzen z.B. nach Barthel-Index	n.s. = 0	m.U. = 5	s. = 10
Essen und Trinken (m.U. vorbereitet)			
Umsteigen vom Rollstuhl ins Bett und umgekehrt, Aufsetzen im Bett			
Persönliche Pflege (Gesicht waschen, kämmen, rasieren, Zähne putzen)			
Benutzung der Toilette (An- und Auskleiden, Körperreinigung)			
Baden/Duschen			
Gehen auf ebenem Grund			
<i>Fortbewegen im Rollstuhl (nur, wenn Gehen nicht selbständig)</i>			
Treppen auf- und absteigen			
An- und Ausziehen, einschl. Schuhe zubinden und Knöpfe schließen			
Stuhlkontrolle			
Harnkontrolle			
Summe			
n.s. = nicht selbständig m.U. = mit Unterstützung s. = selbständig			

Zustimmungserklärung
Einer Aufnahme/Verlegung in das Geriatrische Zentrum des St. Josef Krankenhauses Wiesdorf stimme ich zu. Mit der Teilnahme an verschiedenen therapeutischen Einheiten (Physio-/Ergotherapie, Logopädie, aktivierende Pflege, etc.) zur Wiedererlangung der Alltagskompetenz bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift Patient/Bevollmächtigter/ges.Betreuer

Datum, Unterschrift Arzt