



Geriatrisches Zentrum  
Chefarzt Dr. med. Volker Spartmann  
St. Lukas Klinik GmbH  
Schwanenstr. 132  
42697 Solingen  
Telefon 02 12 / 7 05 - 1 26 01  
Telefax 02 12 / 7 05 - 1 26 09

**Anmeldebogen Akutgeriatrie  
(ggf. bei Indikation – Geriatrische frührehabilitative  
Komplextherapie)**

**Patientendaten:**

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

.....

Krankenversicherung:  GKV  PKV

WL 1-Bett  WL 2-Bett  WL-Chefarzt

**Indikation für eine geriatrische Akuttherapie**

- Altersgruppe > 70 Jahre
- alterstypisch erhöhte Vulnerabilität  
(z.B. wegen des Auftretens von Komplikationen wie Pneumonien oder anderweitige Infekte, Delir, Exsikkose, Herzinsuffizienz, Stoffwechsellentgleisung, Schlaganfall, Morbus Parkinson, Sturz, Immobilität oder Demenz und deren Folgeerkrankungen)
- Vorhandensein von min. einem geriatrischen Merkmalkomplex
- Gleichzeitig bestehender akut-stationärer Behandlungsbedarf und zugleich hohes Risiko an Einschränkungen der Selbstständigkeit im Alltag

**Anmeldung durch**

**Krankenhaus/Abteilung/Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Entlassungstermin:** \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**Geriatric-begründende Hauptdiagnose:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Relevante Nebendiagnosen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Verordnete Medikamente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Definition der geriatrischen Merkmalkomplexe (z.B.):**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Immobilität                     | <input type="checkbox"/> Hochgradige Seh-/Hörbehinderung       | <input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung       |
| <input type="checkbox"/> Kognitive Defizite/Delir/Demenz | <input type="checkbox"/> Exsikkose / Elektrolytentgleisung     | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen        |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus / Wundheilungsstörung | <input type="checkbox"/> rez. Stürze / Schwindel / Gangstörung | <input type="checkbox"/> Polypharmazie               |
| <input type="checkbox"/> Depression / Angststörungen     | <input type="checkbox"/> Inkontinenz                           | <input type="checkbox"/> verzögerte Rekonvaleszenz   |
| <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörung            | <input type="checkbox"/> Hohes Komplikationsrisiko             | <input type="checkbox"/> Kontrakturen                |
| <input type="checkbox"/> Sprachstörungen                 | <input type="checkbox"/> Schluckstörungen                      | <input type="checkbox"/> Herabgesetzte Belastbarkeit |

- |   |                               |  |   |
|---|-------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> MRSA, Noroviren, Clostridien, MRGN | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> nicht getestet |
| <input type="checkbox"/> andere resistente Keime            | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ | <input type="checkbox"/> nicht getestet |

Sonstiges:  PEG  DK  Tracheostoma  ZVK

**Bisherige soziale Situation:**

- eigene Wohnung / Haus  
 Partner / Angehörige  alleine  ambulanter Pflegedienst
- Betreutes Wohnen
- Pflegeheim
- Pflegegrad  0  1  2  3  4  5



**Vorhandene Hilfsmittel:**  Rollstuhl  Rollator  Gehstütze  Prothese  Sonstige: \_\_\_\_\_

**Gesetzliche Betreuung:**  vorhanden, Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
 nicht vorhanden

**Vorsorgevollmacht:**  vorhanden, Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
 nicht vorhanden

**Patientenverfügung:**  vorhanden, Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
 nicht vorhanden

**Bestimmung der ADL-Kompetenzen z.B. nach Barthel-Index:**

	n.s.	m.U.	s.
Essen und Trinken (m.U. vorbereitet)	0	5	10
Umsteigen vom Rollstuhl ins Bett und umgekehrt, Aufsetzen im Bett	0	5	10
Persönliche Pflege (Gesicht waschen, kämmen, rasieren, Zähne putzen)	0	5	10
Benutzung der Toilette (an- und auskleiden, Körperreinigung)	0	5	10
Baden/Duschen	0	5	10
Gehen auf ebenem Grund	0	5	10
Fortbewegen im Rollstuhl (nur wenn unter Pkt. 6 nicht selbstständig)	0	5	10
Treppen auf- und absteigen	0	5	10
An- und Ausziehen, einschl. Schuhe zubinden und Knöpfe schließen	0	5	10
Stuhlkontrolle	0	5	10
Harnkontrolle	0	5	10
<b>Summe</b>			

n.s. = nicht selbstständig m.U. = mit Unterstützung s. = selbstständig

**Zustimmungserklärung:**

Einer Aufnahme/Verlegung in das Geriatrie Zentrum der St. Lukas Klinik stimme ich zu. Mit der Teilnahme an verschiedenen therapeutischen Einheiten (Physio-/Ergotherapie, Logopädie, aktivierende Pflege, etc.) zur Wiedererlangung meiner Alltagskompetenz bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_