

Anmeldung für die Verlegung in die Geriatrie (akut) Lutherstift

Bitte an das ärztliche Sekretariat:

Datum: _____

Telefon: 0335-5542-201 (in der Zeit von 7:30-15:30)

0335-5542-666 (außerhalb der regulären Dienstzeit) **Fax: 0335-5542-209**

Name des Patienten/Patientenaufkleber	Anmelder/Ansprechpartner/Telefon
---------------------------------------	----------------------------------

Hauptdiagnose:

Nebendiagnosen mit Alltagsrelevanz:

.....

.....

.....

.....

Zusatzentgelte/ NUB:

ja nein welche:.....

Multiresistente Keime:

MRSA 3MRGN 4MRGN VRE ESBL

SARS-CoV 2

Nachgewiesen in:

Aktuelle Probleme / geriatrische Multimorbidität

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sturzneigung / Schwindel / Immobilität | <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> häufige Krankenhausbehandlungen | <input type="checkbox"/> Dekubitus |
| <input type="checkbox"/> Mehrfachmedikation / verminderte
Medikamententoleranz | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung / Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Frailty (Gebrechlichkeit) | <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Paresen (OEX/UEX) | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde |
| <input type="checkbox"/> kognitive Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Schluckstörungen |
| <input type="checkbox"/> Depressionen/ Angstzustände/ Verwirrung | <input type="checkbox"/> Trachealkanüle |
| <input type="checkbox"/> psychosoziale Problematik | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> chronische Wunden | <input type="checkbox"/> medizinische Komplikationen: |
| <input type="checkbox"/> ist fixiert worden | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung/ Prothese | |

Belastbarkeit der Osteosynthese:

verminderte Belastbarkeit teilbelastbar: ___kg übungstabil

Entlastung

Sauerstoffgabe:

ja,l/min nein

Bitte Röntgenbilder und CT-Aufnahmen mitschicken - danke!

Soziale Situation

Angehörige: ja nein

Telefon:

Pflegegrad: ja, Grad:..... nein beantragt

Heimbewohner/in: ja nein

Hauskrankenpflege: ja nein

Betreuer: ja nein

Telefon:

Pflegerrelevanz		intakt	nicht intakt
1. Selbstversorgung	persönliche Hygiene		
	An/Auskleiden		
	Nahrungsaufnahme		
	Urin-/Stuhl-Kontinenz		
2. körperliche Beweglichkeit	Bett allein verlassen		
	Bett mit Hilfe verlassen		
	Gleichgewicht		
	Sitzen		
	Beweglichkeit	Arme	
		Beine	
3. Fortbewegen	Stehen		
	Gehen		
	Treppe steigen		
4. Kommunikation	Sprechen		
	(Sprach-) Verständnis		
	Hören		
	Sehen		
5. Verhalten	Mitwirkung bei Therapie		
	Stimmung		
6. Kognition	zeitlich	orientiert	
	örtlich		
	zur Person		
	situativ		
7. Sonstiges		ja	nein
	Hinlauftendenz		
	aggressives Verhalten		
8. Barthel-Index	Punktzahl: _____		

Aufgabenverständnis/ Handlungsplanung: gut mäßig schlecht

Motivation: gut mäßig schlecht

Rehabilitationspotential: gut mäßig schlecht

Gewünschter Verlegungs-/ Aufnahmezeitpunkt:

Sind Aufklärungsgespräche mit dem Patienten geführt worden:

.....
Geriatrische / Palliative Komplexbehandlung in den letzten 30 Tagen: ja nein

Ziel des stationären Aufenthaltes (bitte unbedingt ausfüllen):

.....