Absender/Klinik **Klinik für Geriatrie**

**Chefarzt: Dipl.-Med. H. Wulsche**

FA f. Innere Med./SP Geriatrie

Ärztlicher Direktor

Ansprechpartner/Tel.-Nr.:

**Anmeldung über:**

Terminwunsch zur Verlegung/Einweisung: **Case Managerin**

**Frau K. Krause**

Tel.: 0151/12155328

Fax: 03544/58-401

E-Mail: [Geriatrie.LUC@diakonissenhaus.de](mailto:Geriatrie.LUC@diakonissenhaus.de)

Tel. Sekretariat: 03544/58-400 / Fax: -401 /Tel. Station 3: -406 / Station 4: -238 / Geriatrische Tagesklinik: -364

Bitte beachten!

Wir bitten Sie, uns bereits bei der Anmeldung des Patienten den **Barthel-Index** mitzuteilen. Die Einweisung/Verlegung des Patienten sollte mit **Verlegungsbrief** einschließlich Röntgenbefunde (CD) sowie aktueller **Medikamentenliste** erfolgen. Bitte schicken Sie für den Aufnahmetag die notwendigen **Medikamente** mit. Der Patient sollte bis spätestens **10:00 Uhr** auf die Station 3 bzw. 4 unserer Klinik verlegt bzw. eingewiesen werden.

**ANMELDUNG zur stationären Behandlung in der Geriatrie**

Name des

Patienten/der Patientin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Covid-19 geimpft: ja nein**

Kostenträger: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Belastung: ei teil voll keine bis wann: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bisheriger Krankheitsverlauf/Besonderheiten:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sonstige wichtige Informationen:**

O2-Pflichtigkeit ja 🡪 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ l/min nein

PEG-Sonde ja nein

Trachealkanüle ja nein

MRSA getestet negativ

ESBL getestet negativ

Clostridien getestet negativ

Dekubitus: ja nein

🡪 Wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🡪 Versorgung mit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Antidekubitusmatratze erforderlich? ja nein

**Entlassungsziel:**

nach Hause in den Haushalt von Angehörigen in ein Alten-/Pflegeheim

Pflegegrad vorhanden: ja Grad \_\_\_\_\_ nein

Unterstützung der Familie: ja nein

Hauskrankenpflege aktiv: ja nein

🡪 Name der Krankenpflege: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🡪 Angehörige/Ansprechpartner Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Orientierung:**

zur Person: ja nein teilweise

zeitlich: ja nein teilweise

örtlich: ja nein teilweise

situativ: ja nein teilweise

Nachtaktivitäten: ja nein teilweise

🡪 Welcher Art? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Motorischer Status:**

Die Patientin/der Patient kann: Bemerkungen:

Laufen: - Stationsebene ja nein mit Hilfe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- unebenes Gelände ja nein mit Hilfe ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Treppen steigen: ja nein mit Hilfe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Transfer (Bett/Stuhl): ja nein mit Hilfe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frei sitzen: ja nein mit Hilfe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sich selbständig an-/auskleiden: ja nein mit Hilfe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sich selbständig waschen: ja nein mit Hilfe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Selbständig essen: ja nein mit Hilfe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hilfsmittel:** ja nein

**🡪** Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_