

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"/> häufige Krankenhausbehandlungen <input type="checkbox"/> Mehrfachmedikation / vermind. Medikamententoleranz <input type="checkbox"/> Frailty (Gebrechlichkeit) <input type="checkbox"/> Paresen (OEX/UEX) <input type="checkbox"/> Kognitive Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Depression / Angstzustände / Verwirrung <input type="checkbox"/> psychosoziale Problematik <input type="checkbox"/> chronische Wunden <input type="checkbox"/> Belastbarkeit der Osteosynthese: <input type="checkbox"/> teilbelastbar: _____kg <input type="checkbox"/> übungstabil <input type="checkbox"/> Entlastung Bitte Röntgenbilder und CT-Aufnahmen mitschicken! Danke!	<input type="checkbox"/> chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Sehbehinderung / Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörungen <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> Schluckstörungen <input type="checkbox"/> Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> medizinische Komplikationen: <input type="checkbox"/> verminderte Belastbarkeit <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe: <input type="checkbox"/> jal/min <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist fixiert worden <input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung /Prothese
Soziale Situation	Angehörige Tel.Nr.:
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja Grad:..... <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> in Familie <input type="checkbox"/> mit Sozialstation	<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> Betreuer.....

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):

.....