

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

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 / vermind. 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"/> Depression / 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"/> Belastbarkeit der Osteosynthese:
<input type="checkbox"/> teilbelastbar: _____ kg | <input type="checkbox"/> verminderte Belastbarkeit |
| <input type="checkbox"/> übungstabil | <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe:
<input type="checkbox"/> jal/min <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Entlastung | <input type="checkbox"/> ist fixiert worden |
| Bitte Röntgenbilder und CT-Aufnahmen mitschicken! Danke! | <input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung /Prothese |

Soziale Situation

Pflegegrad: ja Grad:..... nein

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> allein lebend | <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen |
| <input type="checkbox"/> in Familie | <input type="checkbox"/> Heim |
| <input type="checkbox"/> mit Sozialstation | <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		

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):

.....