

Fax-Anmeldeformular Geriatrie

Gesundheitsregion Niederrhein

- | | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> St.Vinzenz-Hospital Dinslaken | Fax: 0 20 64-44 11 88 |
| <input type="checkbox"/> St.Wilibord-Spital Emmerich Neuro-Geriatrie | Fax: 0 28 22-73 11 58 |
| <input type="checkbox"/> St.-Clemens-Hospital Geldern | Fax: 0 28 31-3 90 35 03 |
| <input type="checkbox"/> St.Irmgardis-Krankenhaus Süchteln | Fax: 0 21 62-89 93 59 |
| <input type="checkbox"/> Marien-Hospital Wesel | Fax: 02 81-1 04 11 58 |
| <input type="checkbox"/> Sankt Josef-Hospital Xanten | Fax: 0 28 01-71 01 97 |
| <input type="checkbox"/> Johanniter Krankenhaus Rheinhausen | Fax: 0 20 65-97 19 25 |
| <input type="checkbox"/> St. Bernhard Hospital Kamp- Lintfort | Fax: 0 28 42-7 08 97 82 |



Patientendaten / Aufkleber

Absender Stempel

Datum:

Arzt:

Kasse / Versicherung

Wahlleistung:

Mit Chefarztbehandlung
Ohne Chefarztbehandlung

Status vor Erkrankung: Selbständig/Wohnung Altenheim/Wohnbereich Altenheim/Pflegebereich

Behandlungsgrundende Hauptdiagnose:

Weitere relevante Diagnosen:

Barthel-Index: Punkte (bitte als Anlage beifügen)

OP-Datum:	Bei Fraktur:	<input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> Teilbelastbar ab <input type="checkbox"/> übungsstabil <input type="checkbox"/> keine Belastung bis:	mit	kg
Erbrechen	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Weglaufgefahr ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		
Durchfall	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Aggressivität ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		
Infektionen (Noro/MRSA/Clost.)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	bei ja,welche		

Geriatrische Multimorbidität (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Immobilität/ Frailty/ Gebrechlichkeit | <input type="checkbox"/> Rezidiv.Stürze/ Schwindel/ Gangstörung |
| <input type="checkbox"/> Kognitive Defizite/ Delir/ Demenz | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Decubitus/ Wunden | <input type="checkbox"/> Mangel-/ Fehlernährung |
| <input type="checkbox"/> Depression/ Angststörung | <input type="checkbox"/> Schmerz |
| <input type="checkbox"/> Starke Seh-/Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> Multimedikation (mehr als 5) |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose/ Elektrolytentgleisung | <input type="checkbox"/> Verzögerte Rekonvaleszenz |

Sonstiges: Nasogastr.Sonde PEG DK SPDK Tracheostoma

Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind |
| <input type="checkbox"/> bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen
(bitte Erkrankung anführen) |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern |
| <input type="checkbox"/> Komplikationen bestehen: (z.B. Desorientiertheit/ Demenz/ Depression/ wahnhafte Symptomatik/ Weglauftendenz/ Wundkomplikationen/ Sehverlust/ Hörverlust) |

Pflegegrad: nein 1 2 3 4 5 eingeleitet

Betreuung/ Bevollmächtigte nein ja wer:

Patientenverfügung: nein ja MRSA-Abstrich erfolgt nicht erfolgt

Ergebnis: Wunde

Nase/ Rachen

Anmeldung für (Datum): Rücksprache erwünscht/ möglich unter (Arzt)-Telefonnr.: