

Fax-Anmeldeformular Geriatrie

Gesundheitsregion Niederrhein

- | | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> St.Vinzenz-Hospital Dinslaken | Fax: 0 20 64-44 11 88 |
| <input type="checkbox"/> St.Willibord-Spital Emmerich <small>Neuro-Geriatrie</small> | 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 ☐

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:

Weitere relevante Diagnosen:

Barthel-Index: Punkte (bitte als Anlage beifügen)

OP-Datum: Bei Fraktur: ☐ voll belastbar ☐ Teilbelastbar ab mit kg
☐ übungstabil ☐ keine Belastung bis:

Erbrechen ja ☐ nein ☐ Weglaufgefahr ja ☐ nein ☐

Durchfall ja ☐ nein ☐ Aggressivität ja ☐ nein ☐

Infektionen (Noro/MRSA/Clost.) ja ☐ nein ☐ 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

- ☐ die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- ☐ bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen
(bitte Erkrankung anführen)
- ☐ Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- ☐ 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.: