SCHÖN KLINIK

Formular

Anmeldung zur Aufnahme in die Geriatrie

Anlage Früh-Reha Barthel Index

(Stempel der anfordernden Klinik/Station)

An die Geriatrische Einrichtung

_____ Fax 040-2092-1500

(Großer Patientenaufkleber mit Adresse, GKV/PKV-Angabe)	**Datum Verlegungswunsch:** ☐ Stationäre Maßnahme ☐ Tagesklinik
	Wahlleistung ☐ 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer ☐ Chefarzt
	Kontaktdaten Angehörige
	Kontaktdaten gesetzlicher Betreuer
	Hausarzt
Pflegegrad ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐keinen	Kamen bisher freiheitsentziehende Maßnahmen zur Anwendung? ☐ Ja ☐ Nein

Diagnosen (Hauptdiagnose, Akutereignis/Operationen, ICD 10)	**Alkoholabusus** ☐ Ja ☐ Nein **Delir** ☐ Ja ☐ Nein
	Anus praeter ☐ Ja ☐ Nein **Depression** ☐ Ja ☐ Nein
	☐ **Demenz** (Verhaltensauffälligkeiten benennen):
	☐ **Dekubitus** mit Lokalisation ☐ **Wunde** mit Lokalisation
	Dialyse ☐ Ja ☐ Nein **Dauerkatheter** ☐ Ja ☐ Nein
	PEG ☐ Ja ☐ Nein
	Sprach-, Sprechstörung ☐ Ja ☐ Nein **Tracheostoma** ☐ Ja ☐ Nein

Isolation ☐ Nein ☐ Ja, wegen:
☐ 3MRGN ☐ 4MRGN ☐ VRE ☐ MRSA ☐ Clostridium diff. ☐ andere:_____

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen

☐ internistisch ☐ gastroenterologisch
☐ kardiologisch ☐ pulmonologisch
☐ onkologisch ☐ neurologisch
☐ orthopädisch ☐ psychiatrisch

Nähere Bezeichnungen:

Therapievorschlag zum gegenwärtigen Zeitpunkt

☐ Transfererleichterung ☐ Rückkehr nach Hause
☐ ADL Verbesserung ☐ Pflegeerleichterung ☐ Förderung der Rekonvaleszenz

Therapieschwerpunkte

☐ Physiotherapie ☐ Ergotherapie ☐ Neuropsychologie ☐ Neglect ☐ Psyche

☐ Demenz ☐ Sprach-, Sprechstörungen ☐ Schluckstörungen ☐ Logopädie

Nur bei Extreminitätenverletzung

☐ Vollbelastung ☐ Teilbelastung: _____ kg ☐ Entlastung

☐ Hilfsmittel:

Datum Unterschrift anmeldende/r Arzt/Ärztin