Fax-Anmeldeformular Geriatrie

Gesundheitsregion Niederrhein

Qualitätsverbund Geriatrie Nord-West-Deutschland

☐ St. Vinzenz-Hospital Dinslaken Fax: 0 20 64-44 11 88
☐ St. Willibrord-Spital Emmerich (Neuro-Geriatrie) Fax: 0 28 22-73 11 58
☐ St.-Clemens-Hospital Geldern Fax: 0 28 31-3 90 35 03
☐ St. Irmgardis-Krankenhaus Süchteln Fax: 0 21 62-89 93 59
☐ Marien-Hospital Wesel Fax: 02 81-1 04 11 58
☐ Sankt Josef-Hospital Xanten Fax: 0 28 01-71 01 97

Patientendaten/ Aufkleber		**Absender Stempel** **Station:** **Telefon:** **Datum:** **Arzt:**	
Kassenpatient O Privatpatient O	Kasse/ Versicherung	Privat 1-Bettzimmer O Privat 2-Bettzimmer O	Mit Chefarztbehandlung O ohne Chefarztbehandlung O

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

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:

Weitere relevante Diagnosen:

Barthel-Index: _____ Punkte *(bitte als Anlage beifügen)*
OP-Datum: _____ Bei Fraktur O voll belastbar O Teilbelastbar ab _____ mit _____ kg
O übungsstabil O keine Belastung bis _____

Erbrechen ja O nein O Weglaufgefahr ja O nein O
Durchfall ja O nein O Aggressivität ja O nein O
Infektionen (Noro/MRSA/ Clost.) ja O nein O Bei Ja: Welche _____

Geriatrische Multimorbidität: *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

O Immobilität/ Frailty/ Gebrechlichkeit
O Kognitive Defizite/ Delir/ Demenz
O Decubitus/ Wunden
O Depression/ Angststörung
O Starke Seh-/ Hörbehinderung
O Exsikkose/ Elektrolytentgleisung
O Rezidiv. Stürze/ Schwindel/ Gangstörung
O Inkontinenz
O Mangel-/ Fehlernährung
O Schmerz
O Multimedikation (mehr als 5)
O Verzögerte Rekonvaleszenz

Sonstiges: O Nasogastr. Sonde O PEG O DK O SPDK O Tracheostoma

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

O die **Vitalparameter** nicht durchgehend stabil sind
O bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen
(bitte Erkrankung anführen) _____
O Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
O Komplikationen bestehen: *(z. B. Desorientiertheit/ Demenz/ Depression/ wahnhafte Symptomatik/ Weglauftendenz/ Wundkomplikationen/ Sehverlust/ Hörverlust*

Pflegegrad: O nein O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O eingeleitet	
Betreuung/ Bevollmächtigter: O nein O Ja, wer?	
Patientenverfügung: O nein O Ja	MRSA-Abstrich erfolgt O nicht erfolgt O Ergebnis: Wunde _____ Nase/ Rachen

Anmeldung für (Datum): _____ Rücksprache erwünscht/ möglich unter Tel:_____