

Anmeldung

für die akutgeriatrische Weiterbehandlung

☐ Friedberg ☐ Schotten

KLINIK FÜR GERIATRIE FRIEDBERG

Chefarzt Dr. Jens Axmann

Tel.: 06031 89-3490

Fax: 06031 89-3491

KLINIK FÜR GERIATRIE SCHOTTEN

Chefarzt Dr. Jens Axmann

Tel.: 06044 61-5704

Fax: 06044 61-5018

Patientendaten/Aufkleber:

Krankenversicherung: _____

KV-Nr: _____

Absender/Arztpraxis/Klinik:

Tel. Ansprechpartner Arzt: _____

Pflege: _____

Aufnahmedatum im Krankenhaus: _____

Gewünschter Verlegungstermin: _____

Regelunterbringung: ☐ Ja ☐ Nein

Chefarzt: ☐ Ja

Nächster Angehöriger:

☐ 1-Bett-Zimmer ☐ 2-Bett-Zimmer

☐ Nein

Hausarzt: _____

Tel.-Nr.: _____

Hauptdiagnose mit Datum der Akuterkrankung/Operation:

Nebendiagnosen/Komplikationen im Verlauf:

Belastbarkeit der Fraktur (falls zutreffend)

☐ voll ☐ teil

_____ % bis wann ☐ keine

Soziale Situation vor Erkrankungsbeginn:	Betreuung/Vollmacht/ Patientenverfügung:
☐ wohnt allein ☐ wohnt im Altenheim ☐ Kurzzeitpflege ☐ Betreutes Wohnen ☐ mit Angehörigen ☐ Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ beantragt	Sozial: ☐ ausreichend versorgt ☐ unzureichend versorgt ☐ Ja ☐ Nein ☐ eingeleitet Name: Tel.:

Beeinträchtigung:	Orientierung des Patienten aktuell:
- des Sehens: ☐ Ja ☐ Nein - des Hörens: ☐ Ja ☐ Nein - des Sprechens: ☐ Ja ☐ Nein - des Schluckens: ☐ Ja ☐ Nein	☐ unauffällig ☐ eingeschränkt ☐ desorientiert Demenz: ☐ Ja ☐ Nein



GESUNDHEITZENTRUM
WETTERAU gGMBH

Akademisches
Lehrkrankenhaus
der Justus-Liebig-
Universität Gießen

PEG:	☐ Ja ☐ Nein	Bisheriger Grad der Mobilisation: ☐ Bettlägerig ☐ Bettkante ☐ Stehend vor dem Bett ☐ Gehen mit Hilfsmitteln (_____ Meter) Welches Hilfsmittel:
Trachealkanüle:	☐ Ja ☐ Nein	
Blasenkatheter:	☐ Ja ☐ Nein	
Anus praeter:	☐ Ja ☐ Nein	
Dekubitus/Offene Wunden:	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn „ja“ wo?		

Dialyse:	☐ Ja ☐ Nein	Dialysetage:	Sauerstoff:	☐ Ja ☐ Nein	_____ l/min.
Amputationen:	☐ Ja ☐ Nein	Lokalisation:			
MRSA/VRE/andere Keime/Isolationspflicht:		☐ Ja ☐ Nein	Welche?		

Barthel Index	
Essen: Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck ☐ 10 Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden ☐ 5 Völlig hilfsbedürftig ☐ 0	Toilettengang: Unabhängig bei Benutzung der Toilette ☐ 10 braucht Hilfe, z.B. für Gleichgewicht, Reinigung ☐ 5 Kann Toilette/Nachtstuhl nicht allein benutzen ☐ 0
Baden: Badet oder duscht ohne Hilfe ☐ 5 Badet mit Hilfe ☐ 0	Bett-Stuhl-Transfer: Völlig unabhängig hin und zurück ☐ 15 Minimale Assistenz oder Supervision ☐ 10 Aufsetzen im Bett mögl., braucht Hilfe Transfer ☐ 5 Bettlägerig (sich aufsetzen allein nicht möglich) ☐ 0
Persönliche Pflege: Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert, putzt Zähne ☐ 5 braucht Hilfe ☐ 0	
Ankleiden: Unabhängig incl. Schuhe anziehen ☐ 10 Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst ☐ 5 Völlig hilfsbedürftig ☐ 0	Gehen auf Ebene: 50 m unabhängiges Gehen (evtl. Gehhilfe) ☐ 15 50 m Gehen mit personeller Hilfe ☐ 10
Stuhlkontrolle: Kontinent ☐ 10 Kontinent mit Hilfe oder geleg. inkontinent ☐ 5 Dauerhaft inkontinent ☐ 0	Rollstuhltransfer: Für Rollstuhlfahrer (wenn nicht 10 oder 15 codiert) 50 m Rollstuhlfahren incl. Ecken und Türen ☐ 5 Kann sich nicht 50 m fortbewegen ☐ 0
Urinkontrolle: Kontinent mit Windeln/Vorlagen ☐ 10 Teilweise inkontinent (Katheterhilfe) ☐ 5 Inkontinent (braucht Hilfe) ☐ 0	Treppensteigen: Unabhängig ggf. mit Gehhilfe ☐ 10 Braucht Hilfe oder Supervision ☐ 5 Kann nicht Treppen steigen ☐ 0
Summe: _____	

ZIELE der geriatrischen Behandlung aus der Sicht des behandelnden Arztes: _____

Wenn vorhanden, bitte Vorbefunde und Medikamentenplan mit senden.

Datum und Unterschrift Anmelder _____