

Patientendaten (ggf. Aufkleber) Name, Vorname: _____ Anschrift: _____ _____ _____ Telefon: _____ Geburtsdatum: _____		Anmelder/ Einrichtung stationär seit: _____
Krankenkasse: Versichertennummer: _____	Behandlungsart ☐ stationär ☐ teilstationär	Kontakt auf Station Telefon _____ Arzt _____
Wahlleistungen ☐ 1-Bett ☐ 2-Bett ☐ Chefarzt		
Hausarzt/Facharzt: _____		

behandlungsbegründende Diagnosen:

weitere relevante Diagnosen:

Operation OP-Datum: _____	bei Frakturen (bitte Vorbefunde/CD mitgeben) ☐ voll belastbar ☐ teilbelastbar ab _____ mit _____ kg ☐ übungsstabil ☐ keine Belastung bis _____
--	---

Status vor Erkrankung und Mobilität ☐ allein lebend ☐ betreutes Wohnen ☐ selbstständig ☐ Kurzzeitpflege/PH ☐ eigene Wohnung ☐ immobil ☐ mit Angehörigen ☐ Hilfsmittel? ☐ hilfsbedürftig Welche: _____ ☐ familiäre Versorgung _____ ☐ Pflegedienst: _____	Pflegegrad ☐ nein ☐ Antrag gestellt ☐ Grad: _____ (1-5)
	Körpergewicht _____ kg

Kontakt Ansprechpartner: ☐ Angehöriger ☐ VS-Bevollmächtigter ☐ Betreuer	Telefonnummer/n: _____
--	----------------------------------

Geriatrie typische Multimorbidität (aktuellen Status bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Gebrechlichkeit | ☐ kognitive Defizite/Demenz | ☐ Mangel-/Fehlernährung |
| ☐ Immobilität | ☐ Delir | ☐ Dekubitus Kat.1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 |
| ☐ rezidivierende Stürze/Gangstörung | ☐ Depression/Angststörung | ☐ Wunden |
| ☐ Schwindel/Gleichgewichtsstörung | ☐ starke Sehbehinderung | ☐ Multimedikation (≥ 5) |
| ☐ Exsikkose/Elektrolytentgleisung | ☐ verzögerte Rekonvaleszenz | ☐ Kontinenzprobleme |
| ☐ Schmerz ☐ akut ☐ chronisch | | ☐ Urin ☐ Stuhl |

die Patientin / der Patient ist aktuell die Patientin / der Patient benötigt Hilfe wie unten angegeben

- ☐ kooperations-
fähig
- ☐ orientiert
- ☐ verwirrt
- ☐ hin-/ weglauf-
gefährdet

<u>Barthel-Index</u> bitte markieren	<u>Selbst- ständig</u>	<u>Wenig Hilfe</u>	<u>Viel Hilfe</u>	<u>Un- möglich</u>		<u>kontinent</u>	<u>teilweise</u>	<u>inkontin.</u>
Essen/vorbereiten	10	5	0		Stuhlgang	10	≤ 1x/Wo: 5	0
Toilettenbenutzung	10	5	0		Urin	10	≤ 1x/Tg: 5	0
Kleiderwechsel	10	5	0			Selbst- ständig	Hilfs- bedürftig	Barthel- Summe
Transfer Bett-Stuhl	15	10	5	0				
Aufstehen/Gehen	15	10	5	0	Tageswäsche	5	0	
Treppensteigen	10	5	0		Duschen/Bad	5	0	

Besonderheiten

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Sprachstörung | ☐ Kontrakturen | ☐ Stomaversorgung | ☐ Demers/ Shaldon Katheter |
| ☐ Schluckstörung | ☐ NIV/CPAP-Beatmung | ☐ Blasenkatheter | ☐ Dialyse |
| ☐ Magensonde / PEG | ☐ O2-Therapie | ☐ Port | ☐ Sonstiges: _____ |
| ☐ Tracheostoma | ☐ aktuell ☐ chronisch | ☐ ZVK | |

Hygienerelevante Erkrankungen (bitte aktuelle Befunde mitschicken)

- ☐ Diarrhöe ☐ Clostridoides ☐ Norovirus
- ☐ VRE ☐ 3 MRGN / Erreger und Lokalisation _____
- ☐ MRSA ☐ 4 MRGN / Erreger und Lokalisation _____
- ☐ COVID-19 Abstrich erfolgt
- ☐ positiv Datum Befund: _____
- ☐ negativ
- ☐ Sonstige: _____

Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, da
(vorm Arzt auszufüllen!)

- ☐ aktuell bestehende i.v. Therapie
- ☐ die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- ☐ Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- ☐ Komplikationen bestehen:
(z. B. Desorientiertheit / wahnhafte Symptome / Weglauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust)
- ☐ bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen
(bitte Erkrankung anführen): _____

Weitere Bemerkungen

BITTE SENDEN AN:

Klinik für Geriatrie
Dr. med. Csaba Reich
Neue Schulstraße 12
Sekretariat: Silke Seidenspinner
Tel 06206/509-261
Fax 06206/509-239
E-Mail silke.seidenspinner@ctde.eurofinseu.com

Rücksprache (Name und Telefon)

Datum

Unterschrift des Arztes