

Bitte aktuelle Befunde, vorläufigen E-Brief, Labor u. Bildgebung beifügen.

Anmeldeformular für eine geriatrische Behandlung

Geriatrische Abteilung

Dr. med. Keweloh

Sekretariat Frau Grond
Senator-Schwartz-Ring 8
59494 Soest

Telefon 02921 90-2880
Fax 02921 90-1710
Email grond@klinikumstadtsoest.de

Name/Vorname der/des Patienten/in

Geb.-Datum

Adresse

Name/Vorname der/des Angehörigen mit Telefonnummer

Krankenversicherung

Gewünschte Wahlleistungen CA 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer

Gesetzliche Betreuung? Ja Nein

Vorsorgevollmacht? Ja Nein Patientenverfügung? Ja Nein

Pflegegrad Keiner 1 2 3 4 5

Stationärer Aufenthalt seit: _____ Verlegung frühestens am: _____

Hauptdiagnose:

Weitere Diagnostik/Therapiebedarf in der Akutgeriatrie:

Abklärung unklarer Stürze/Synkopen Kardiale Diagnostik/Therapie Infekttherapie

Abklärung Therapie/Schlaganfall Demenzabklärung/-einstellung Schluckstörungen

Schmerztherapie Sonstiges

Aktuelle Medikation:

Patient geimpft? Ja Anzahl: _____ Nein gepl. Impftermin am: _____

MRSA ist ausgeschlossen MRSA pos. Ergebnis liegt noch nicht vor

Nach OP: Teilbelastung 20 kg halbes KG Vollbelastung

Nach OP: Fäden entfernen OP-Wunde reizlos sonstige Wunden

Patient ist zur Situation orientiert und kann Anweisungen umsetzen

Patient ist für täglich 2 x 30 Minuten Therapie ausreichend belastbar

Patient hat ausreichend Verbesserungspotenzial und ist motiviert

Patient ist über die ca. 21-tägige Dauer der geriatrischen Behandlung informiert und einverstanden

Soziale Versorgung nach Aufenthalt ist gesichert Ja Nein

Demnzerkrankung Ja Nein

Psychomotorische Unruhe Ja Nein

Hinlauftendenz Ja Nein

Psychomotorische Störung Ja Nein

Wurde eine AHB-Maßnahme beantragt oder genehmigt Ja Nein

Zugänge vorhanden?

Dauerkatheter SPK PEG ZVK Tracheostoma

Aktueller Barthel Index _____ Punkte

Bitte den aktuellen Medikamentenplan und das letzte Labor beifügen.

Anmeldende Klinik und Abteilung mit Telefonnummer und Faxnummer

Ort, Datum

Unterschrift anmeldender Arzt oder Sozialdienst

Name	Anschrift
------	-----------

Aktueller Fähigkeit- bzw. Fertigungsstatus und besondere Versorgung

Bartel-Index	15 P.	10 P.	5 P.	0 P.	Erweiterte Aktivitäten des täglichen Lebens	ja	nein
Essen/Trinken	/	Selbst.	mit Unterstützung	Hilfsbedürftig	Selbst. Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel		
Bett/Rollstuhl-Transfer	Selbst.	Geringe Unterst.	Erhebl. Unterst.	Hilfsbedürftig	Selbst. Erledigen von Geschäftsangelegenheiten (Bank, Post, Behörden etc.)		
Waschen	/	/	Selbst.	Hilfsbedürftig	Selbständiges Telefonieren		
Toilettenbenutzung	/	Selbst.	mit Unterstützung	Hilfsbedürftig	Sich regelmäßig eine warme Mahlzeit zubereiten können		
Baden	/	/	Selbst.	Hilfsbedürftig	500 m auf einer Fläche ohne Pause gehen (eventuell mit Hilfsmittel)		
Gehen bzw. Rollstuhlfahren	Selbst. 50m	mit Hilfe 50m	Selbst. m. Rollstuhl	Hilfsbedürftig			
Treppensteigen	/	Selbst.	mit Unterstützung	Hilfsbedürftig	Besondere Versorgungsungen		
An/Auskleiden	/	Selbst.	mit Unterstützung	Hilfsbedürftig	Tracheostoma		
Darmkontrolle	/	Kontinent	Gelegent. inkontinent	Perman. inkontinent	PEG		
Blasenkontrolle	/	Kontinent	Gelegent. inkontinent	Perman. inkontinent	Blasenkatheter		
Summe der Spalten					Künstlicher Darmausgang		

Gesamtpunktzahl Barthel-Index _____

Datum

Unterschrift

Stempel