

Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

Patientendaten (Aufkleber)		Anmelder/Einrichtung	
<p>Name, Vorname</p> <p>geb.</p>			
		stationär seit	
<p>Krankenkasse</p> <p>Wahlleistungen</p>		<p>Behandlungsart</p> <p>stationär <input type="checkbox"/></p> <p>teilstationär <input type="checkbox"/></p> <p>1-Bett <input type="checkbox"/></p> <p>2-Bett <input type="checkbox"/></p> <p>Chefarzt <input type="checkbox"/></p>	<p>Kontakt auf Station</p> <p>Telefon _____</p> <p>Arzt _____</p>
<p>Hausarzt</p>			

behandlungsgrundende Diagnosen:

weitere relevante Diagnosen:

Operation	bei Frakturen (bitte Vorbefunde / CD mitgeben)			
OP-Datum	<input type="checkbox"/> voll belastbar	<input type="checkbox"/> teilbelastbar ab	mit kg	
	<input type="checkbox"/> übungsstabil	<input type="checkbox"/> keine Belastung bis		

<p>Status vor Erkrankung und Mobilität</p> <p><input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen</p> <p><input type="checkbox"/> selbständige <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/PH</p> <p><input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> immobil</p> <p><input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel?</p> <p><input type="checkbox"/> hilfsbedürftig Welche:</p> <p><input type="checkbox"/> familiäre Versorgung _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegedienst: _____</p>	<p>Pflegegrad</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Antrag gestellt</p> <p><input type="checkbox"/> Grad: _____ (1-5)</p>
--	---

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

Geriatrie typische Multimorbidität (aktuellen Status bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit | <input type="checkbox"/> Immobilität | <input type="checkbox"/> kognitive Defizite/Demenz | <input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung |
| <input type="checkbox"/> rezidivierende Stürze/Gangstörung | | <input type="checkbox"/> Delir | <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden |
| <input type="checkbox"/> Schwindel/Gleichgewichtsstörung | | <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung | <input type="checkbox"/> Multimedikation (≥ 5) |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung | | <input type="checkbox"/> starke Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> Kontinenzprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schmerz | <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch | <input type="checkbox"/> verzögerte Rekonvaleszenz | <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl |

die Patientin / der Patient ist aktuell

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kooperationsfähig | <input type="checkbox"/> selbständig gehfähig |
| <input type="checkbox"/> orientiert | <input type="checkbox"/> mit Hilfsperson gehfähig |
| <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> nicht gehfähig |
| <input type="checkbox"/> hin-/weglaufgefährdet | <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer |

die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Transfer |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> An-/Ausziehen |
| <input type="checkbox"/> Toilettengang | |

Besonderheiten

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Kontrakturen | <input type="checkbox"/> Stomaversorgung | <input type="checkbox"/> Demers/Shaldon Katheter |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> NIV/CPAP-Beatmung | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> Dialyse |
| <input type="checkbox"/> Magensonde / PEG | <input type="checkbox"/> O2-Therapie | <input type="checkbox"/> Port | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> chronisch | <input type="checkbox"/> 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**

(vom 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**

Rücksprache (Name und Telefon)

Datum

Unterschrift des Arztes