

Anmeldung für geriatrische Rehabilitation

FAX an das Patientenmanagement: **02921/507-449**

Voraussetzung

- Lebensalter über 70 Jahre mit typischen Alterserkrankungen
- abgeschlossene akutmedizinische Behandlung und Diagnostik
- Rehabilitationsbedürftigkeit und aktive Mitarbeit bei der Genesung
- Rehabilitationsfähigkeit und gute Rehabilitationsprognose
- allgemeine Belastbarkeit für eine mehrmals tägliche aktive Mitarbeit von mind. 15 min. Dauer

Kontraindikationen

- schwere Verwirrtheit und Desorientiertheit mit Hinlauftendenz
- mangelnde Kooperation
- Patienten mit Problemkeimbesiedelung (z.B. MRSA, MRGN, VRE)
- Durchfall/Erbrechen
- Aktuelle weitere Infektionen (z.B. Tbc, Influenza, Wundheilungsstörung)
- Dialyse
- Frische Amputationen
- Adipositas per magna (Gewicht > 130 kg)
- Sauerstoffkonzentrator mit Flüssigsauerstoff

Wir bitten um Kopie der wichtigsten Befunde (**Labor, EKG**) und **Mitgabe der Röntgenbilder**.
Wir gehen davon aus, dass der/die Patient/in mit der Verlegung zu uns und der Weitergabe der Befunde **einverstanden** ist.

Aufnahmebogen Geriatrie

Patientendaten/Etikett

Aufnahmetermin:

Wahlleistung: CA-Behandlung

Name/Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift:

Angehöriger/Ansprechpartner:

Indikation zur Einweisung (HD):

Zusätzliche Diagnosen (ND):

.....

Barthel-Index (aktuell)		Gesamtpunktzahl:		
		nicht möglich	mit Hilfe	selbstständig
1.	Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (10)
2.	Aufsetzen & Umsetzen	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (15)
3.	Sich waschen	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)
4.	Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (10)
5.	Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)
6.	Aufstehen & Gehen	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (10)	<input type="checkbox"/> (15)
7.	Treppensteigen	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (10)
8.	An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (10)
9.	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (10)
10	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (10)

Status des Patienten:

Orientierung

- Vollständig
- Eingeschränkt
- Nicht orientiert
- Hörstörung
- Sehstörungen

Kommunikation

- Uneingeschränkt
- Sprachstörung
- Deutschsprachig
- _____

Soziale Interaktion

- Kooperativ
- Eingeschränkt
- Keine Eigeninitiative
- Depression

Betreuung

- Gesetzliche Betreuung
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht

Häusliche Situation

- Alleinstehend
- Lebenspartner/in
- Einrichtung
- Ambulante Pflege
- Kinder in Wohnortnähe

Frakturen

- Belastungsstabil
- Teilbelastung
- Ab wann voll belastbar: _____
- Vollbelastung

Dekubitus/Nekrosen

- Nein
- Ja, welcher Grad: _____
- Ja, Dokumentation liegt bei.

Pflegegrad

- Nein
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Einschränkungen

- Sauerstoffpflichtig
- Schluckstörung
- PEG / MS
- Stoma
- BDK / SPDK
- Inkontinenz (Harn oder Stuhl)
- Unruhe
- Gedächtnisstörung
- Demenz
- Sondermedikamente

- MRSA-Abstriche negativ
(max. 2 Wochen alt, Befundkopie erbeten)

Kann der Patient zum Transportfahrzeug gelangen (incl. Treppen)? nein ja mit Hilfe

Anreise des Patienten mit PKW Taxi KTW sonst _____

Werden Hilfsmittel verwendet? Rollstuhl Rollator Gehstütze Beinprothese

 Transport im Rollstuhl notwendig (=Sondertransport)

Aktuelle Medikation, ggf Kopie als Anhang:

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Bemerkung:.....

Einweisende Einrichtung/
 Hausarzt (Stempel):

Telefonnummer einweisender Arzt (für Rückfragen):.....

Datum:..... Name Arzt:.....