

Patientendaten

Absender

Datum: Arzt:
Station: Tel:

GKV Patient Privatpatient Privat 1 Bett Privat 2 Bett mit CA ohne CA

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:	<input type="text"/>
Weitere relevante Diagnosen:	<input type="text"/>

Bei Fraktur: OP Datum: voll belastbar Teilbelastung kg bis voraussichtlich:

Geriatrische Multimorbidität (zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Rez. Stürze, Schwindel, Gangstörung	<input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden	<input type="checkbox"/> chronische Schmerzen
<input type="checkbox"/> Kognitive Defizite, Delir, Demenz	<input type="checkbox"/> Frailty /Gebrechlichkeit	<input type="checkbox"/> starke Seh- /Hörminderung
<input type="checkbox"/> Depression/Angststörung	<input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytstörung	<input type="checkbox"/> Multimedikation (>5)
<input type="checkbox"/> Inkontinenz (Urin/Stuhl)	<input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung	<input type="checkbox"/> rez. Krankenhausaufenthalte

Weglauffähigkeit Aggressivität Diarrhoen Iso Notwendigkeit

Infektionen (Clostridien, Noro-/Rota – Viren, 4 MRGN, 3 MRGN, VRE, CoV-2 etc.)

Nein Ja, nämlich: Antibiotikatherapie mit

MRSA Abstrich erfolgt ausstehend Besiedelung nachgewiesen ► Lokalisation:

Dialysepflichtig Nein Ja

Wunden Nein Ja ► Lokalisation/ Grad und Ausmaß:

PEG Nasogastrale Sonde DK SPDK Tracheostoma Nephrostoma

Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil:

bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen (bitte Erkrankung anführen)

Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern

Komplikationen bestehen: (z. B. Desorientiertheit/ Demenz/ Depression/ wahnhafte Symptomatik/ Weglauffähigkeit/ Wundkomplikationen/ Sehverlust/ Hörverlust)

Mobilität / Stabilität aktuell:

Bettlägerig Transfer mit Hilfe Transfer selbständig mobil mit Hilfsmittel mobil mit Begleitung selbständig

Welches Therapieziel soll erreicht werden?

<input type="checkbox"/> Verbesserung der Mobilität / Sturzprävention	<input type="checkbox"/> Optimieren der Akuttherapie
<input type="checkbox"/> Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit	<input type="checkbox"/> Abklärung geriatrischer Symptome
<input type="checkbox"/> Steigerung der Alltagskompetenz	<input type="checkbox"/> Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
<input type="checkbox"/> Verkürzen vollstationärer Behandlung	

Sonstiges Behandlungsziel (bitte beschreiben):

Status vor Erkrankung:

- Selbständig/ eigene Wohnung ▶ alleine mit Angehörigen
 Pflegeheim / Senioreneinrichtung ▶ Name der Einrichtung:
 betreutes Wohnen ohne festen Wohnsitz Sonstiges:

Mobilität / Stabilität (vor Erkrankung)

- Bettlägerig Transfer mit Hilfe Transfer selbständig mobil mit Hilfsmittel mobil mit Begleitung selbständig

Pflegegrad: ▶ ohne PG1 PG2 PG3 PG4 PG5 beantragt am:

Angehörige / Bezugsperson ▶ Name : Tel:

Vollmachten vorhanden nein ja

Vollmachtnehmer/in ▶ Name: Tel:

Gesetzliche Betreuung ▶ beantragt am: AZ:

nicht vorhanden

bereits vorhanden ▶ Name des Betreuers/in: Tel:

Frühreha / geriatrische Komplexbehandlung in den letzten 6 Monaten? Nein Ja, nämlich:

Wurde bereits eine AHB / Reha-Maßnahme beantragt? Nein Ja, nämlich:

(bitte Klinik und Kostenträger nennen)

Anmeldung für:

Akut Geriatrie Komplexbehandlung Alterstraumatologie kognitive Station Tagesklinik

Bitte füllen Sie das Formular möglichst vollständig aus!

Bitte fügen Sie Vorbefunde, eine vollständige Medikamentenliste ggf. Verlegungsberichte, sowie eine Pflegeüberleitung diesem Fax anbei.

Allgemeines Krankenhaus Celle

Klinik für Geriatrie und Neurogeriatrie | Chefarzt: Mg. Dr. med. Mimoun Azizi

Anmeldeformular Geriatrie

Faxnummer: 05141 72-2378

E-Mail: angela.meyer-francis@akh-celle.de

