

Anmeldeformular Geriatrie

Faxnummer: 05141 72-2378

E-Mail: geriatric@akh-celle.de

Patientendaten

Absender

Datum: Arzt:
Station: Tel:

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

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:	
Weitere relevante Diagnosen:	

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- /Hörmindern
<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/ wahnhaftige 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 Geriatrische Frührehabilitation

Krankenhausbehandlungsbedarf begründet durch:

Diagnosen:

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 | Chefarzt Dr. med. Oliver Dietrich

Anmeldeformular Geriatrie

Faxnummer: 05141 72-2378

E-Mail: geriatric@akh-celle.de

