

# Anmeldung zur geriatrischen Behandlung

Formular



## Klinik für Geriatrie

Einweisendes Krankenhaus bzw.  
Einweisender Arzt (Stempel) → \_\_\_\_\_

mit Fax u. Telefon für Rückmeldungen: \_\_\_\_\_

Patientendaten: (ggf. Aufkleber)

Name und Vorname: \_\_\_\_\_ In Behandlung seit: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Übernahme mögl. ab: \_\_\_\_\_  
 Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 Häusl. Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_  
 Wahlleistung: Einzelzimmer  Zweibettzimmer

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Frakturbelastbarkeit:** Entlastung bzw. Teilbelastung bis \_\_\_\_\_

<u>Barthel-Index</u> bitte markieren	<u>Selbstständig</u>	<u>Wenig Hilfe</u>	<u>Viel Hilfe</u>	<u>Unmöglich</u>		<u>kontinent</u>	<u>teilweise</u>	<u>inkontin.</u>
Essen/vorbereiten	10	5		0	Stuhlgang	10	≤ 1x/Wo: 5	0
Toilettenbenutzung	10	5		0	Urin	10	≤ 1x/Tg: 5	0
Kleiderwechsel	10	5		0		<b>Selbstständig</b>	<b>Hilfsbedürftig</b>	<b>Barthel-Summe</b>
Transfer Bett-Stuhl	15	10	5	0	Tageswäsche	5	0	
Aufstehen/Gehen	15	10	5	0	Duschen/Bad	5	0	
Treppensteigen	10	5		0				

**Verhalten:** kooperativ  aktiv nach Aufforderung  passiv  ablehnend   
**Kognitionsstörung:** keine  leichtgradig  ausgeprägt   
**Bisherige soziale Situation:** alleine lebend  mit Angehörigen  Pflegeheim   
**Vorsorgeformen:** Betreuung/Vollmacht vorhanden  Pflegegrad: fehlt  oder 1 – 2 – 3 – 4 - 5  
**Bisherige Mobilität:** frei  mit HiMi draußen  in der Wohnung  bettlägerig

**Isolationspfl. Keime:** MRSA  4-MRGN  VRE  Clostridien  COVID   
 Dekubitus/offene Wunden  Diarrhoe  Dialyse   
 Tracheostoma  PEG  Nicht invasive Beatmung

Zuständige/r Ärztin/Arzt (Für Rückfragen)      Telefonnummer      Station      Datum der Anmeldung

## Anmeldung faxen an 0621/503-28002

**Antwort:** \_\_\_\_\_

**Kontakt Daten:** \_\_\_\_\_