Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, Standort Johannesstift (Chefarzt Dr. H. Gockel)

Anmeldung zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (Kliniken)

Fax 0521-772-75115 zbm.geri@evkb.de **Rückfragen Belegungssteuerung 0521-772- 75191**

Patientendaten (Aufkleber)	☐ gesetzlich versichert ☐ privat (Zusatz-)versichert **Wahlleistung:** ☐ Chefarzt ☐ 1-Bett ☐ 2-Bett
	Verlegungsfähig ab/ gew. Aufnahmetermin:
Anmeldende Klinik ☐ Verlegende Klinik hat derzeit keine eigenen Kapazitäten ☐ Medizinische Notwendigkeit der Behandlung besteht	**Ansprechpartner** / Station (Tel./Fax-Nr.)
Hauptdiagnose / Nebendiagnosen:	
Welche Behandlungsziele sollen erreicht werden? Letzte geriatrische Behandlung (wo/wann?):	
Infektionen/Besiedelungen: ☐ Keine ☐ Ja, welche: ☐ **MRSA** ☐ **VRE** ☐_ **MRGN** wo?	☐ Befunde liegen bei Übernahme vor

Aktuelle Situation:

Andere Gründe für Isolation / Einzelunterbringung: _____

Demenz: ☐ nein ☐ leicht ☐ schwer ☐ demenz-assoz. Verhaltensstörung ☐ Weglauftendenz

Verwirrtheit/Delir/Psychiatr. Erkrankung: ☐ nein ☐ ja Welche?_____

Körpergewicht (ca.):_____kg **Dialyse:** ☐ nein ☐ ja Datum nächste:_____ **O_2**: ☐ nein ☐ intermitt. ☐ dauernd

Tracheostoma: ☐ nein ☐ ja **Schluckstörung:** ☐ nein ☐ ja **PEG:** ☐ nein ☐ ja **MS:** ☐ nein ☐ ja

Mobilität: ☐ bettlägerig ☐ Sitzen ☐ Stand ☐ Gehen ☐ Teilbelastung_____kg

Transfers: ☐ mit Hilfe ☐ teilselbst. ☐ selbständig **HiMi**: ☐ keine ☐ Stock ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Sonstige

Harninkontinenz: ☐ nein ☐ ja ☐ DK ☐ SPK ☐ Vorlagen **Stuhlinkontinenz:** ☐ nein ☐ ja **Stoma:** ☐ nein ☐ ja

Wunden/Dekubitus: ☐ nein ☐ ja wo_____ ☐ VAC-Verband

Besondere Arzneimittel: ☐ nein ☐ ja welche _____

Barthel-Index:_____Punkte (siehe beigefügtes Formular) **Pflegegrad**:_____ **PPR A**_____**/ S** _____

Häusliche Situation: ☐ zu Hause ☐ allein ☐ m. Angehörigen ☐ amb. Pflegedienst ☐ Pflegeheim ☐ Kurzzeitpflege

ges. Betreuung: ☐ nein ☐ ja Kontaktdaten:

Kontaktdaten der Angehörigen:

Name:_____Tel.:_____

Pat. bzw. Angehörige sind über Verlegung informiert: ☐ ja ☐ nein Pat. ist mit 2-wöchiger Therapiedauer einverstanden: ☐ ja

Dieses Fax enthält vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen. Wenn Sie nicht der richtige Adressat sind oder dieses Fax irrtümlich erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten Sie dieses Fax. Das unerlaubte Kopieren sowie die unbefugte Weitergabe dieses Faxes ist nicht gestattet.