

Antrag auf geriatrische Frühkomplexbehandlung

Anmeldung bitte **VOLLSTÄNDIG** und **LESBAR** ausgefüllt an das Vorzimmer der Geriatrie faxen. (0208/881-1319)

Aktuelles Datum:

Wunschdatum Verlegung:

Patientendaten/ Patientenaufkleber:

Einweisende Klinik:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Hausarzt: _____
Versicherungsstatus: _____

Name: _____
Fachabteilung: _____
Station: _____
Name des Arztes: _____
Telefon des Arztes: _____
Telefon der Station: _____
Telefon Sozialdienst: _____

Angehörige (Kontaktdaten) _____
Häusliche Situation: _____
Pflegedienst / Pflegeheim: _____
Pflegegrad: _____
Gesetzl. Betreuung: _____
Vorsorgevollmacht ja nein Patientenverfügung ja nein

Behandlungsbegründende Diagnose:

Nebendiagnosen:

Postoperativ / Kardiopulmonal: Vollbelastung Teilbelastung _____ kg keine Belastung

Infektionsstatus: MRSA MRGN VRE ESBL Clostridien Noro-Virus COVID-19
 Wenn ja, Lokalisation: _____ nicht infektiös

Mobilität: Bettlägrig Bettkantenmobil Rollstuhlmobil Rollatormobil Mobil

Sonstiges: Starkes Übergewicht PEG DK Tracheostoma Dialyse O2 Bedarf

Dekubitus / Wunden: ja nein

Wenn ja, bisher versorgt mit: _____

Barthel-Index

		nicht möglich	mit Hilfe	selbständig
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)

Gesamtpunktzahl : _____

Allgemeine Informationen:

- Pat. muss mindestens 70 Jahre alt sein
- Aufnahmezeit: zwischen 10:00 Uhr und 12:00 Uhr auf der Station
- Keine Aufnahmen am Freitag, Montags nach Absprache
- Bitte Entlassungsbericht und Pflegeüberleitung mitgeben
- allgemeine Belastbarkeit für eine mehrmals tägliche aktive Mitarbeit von mind. 15 Min. Dauer