

Verlegendes Krankenhaus

Klinik/Krankenhaus:

PLZ/Ort:

Ansprechpartner:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Patientendaten

(Aufkleber)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Kontakt/Ansprechpartner:

Telefon:

Angehöriger Betreuer VS-Bevollmächtigter

Krankenkasse:

Wahlleistungen:

 1-Bett 2-Bett 1-Chefarzt

Größe:

 cm

Gewicht:

 kg

Bitte beachten Sie, dass **keine** Rehabilitationsfähigkeit besteht, wenn:

- Akuterkrankungen ohne Verlust der Selbständigkeit einhergehen
- Kreislaufinstabilität oder fehlende Belastbarkeit die Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen verhindert
- Komplikationen bestehen (z. B. wahnhafte Symptome, Weglauftendenz)
- Bestehende Erkrankungen, eine intensivmedizinische Behandlung bedürfen
- Gerontopsychiatrische Erkrankungen im Vordergrund stehen

Diagnose

**Akutmedizinischer
Behandlungsbedarf:**

(Begründung einer stationären Krankenhausbehandlung)

Hauptdiagnose:

Nebendiagnose:

Bei Frakturen: Vollbelastung

Teilbelastung mit kg

übungsstabil

keine Belastung bis zum

Wir bitten Sie, einen aktuellen Arztbrief mit der aktuellen Medikation mitzusenden. Vielen Dank!

Darstellung geriatrisch typischer Multimorbidität

Gebrechlichkeit

kognitive Defizite/Demenz

Mangelernährung

Rezidivierende Stürze

Depression/Angstzustände

Delir

Schwindel/Gleichgewichtsstörung

starke Sehbehinderung

Multimedikation

Exsikkose/Elektrolytentgleisung

verzögerte Rekonvaleszenz

Immobilität

Schmerz

Kontinenzprobleme

Besonderheiten:

Sprachstörung

ZVK

O2-Therapie

Schluckstörung

Blasenkatheter

NIV/CPAP-Beatmung

Magensonde/PEG

Port

Stomaversorgung

Tracheostoma

Demers/Shaldon Katheter

Dialyse

Hygienerelevante Erkrankung

Diarrhöe

Clostridien

Norovirus

MRSA: Nein

Ja

3-MRGN: Nein

Ja

4-MRGN: Nein

Ja

Covid: Nein

Ja

Testdatum:

Sonstiges:

Wunden/Dekubitus

Dekubitusulcera: Nein Ja

Wunden: Nein Ja

Status und Mobilität vor Erkrankung

alleinlebend

selbständig

eigene Wohnung

mit Angehörigen

Hilfsbedürftig

familiäre Versorgung

Pflegedienst

Betreutes Wohnen

Kurzzeitpflege

Pflegeheim

Pflegegrad: Nein

Antrag gestellt

Grad

(1-5)

Mobil

Mobil mit Hilfsmittel

immobil

Anmerkungen/Sonstiges

**Bitte nach Möglichkeit den Arztbrief mit der aktuellen Medikation beilegen.
Vielen Dank!**

Bitte füllen Sie das Formular soweit möglich aus. Sie erhalten eine Rückmeldung innerhalb von 24 Stunden.

Falls vorab noch Fragen zu klären sind, bitten wir Sie, sich im Sekretariat der Abteilung für Innere Medizin unter der Telefonnummer **08171 / 75-221** zu melden.

Alternativ steht Ihnen unter www.akutgeriatrie-wor.de auch unsere Online-Anmeldung zur Verfügung.