Landesverband Geriatrie
Hessen-Thüringen

Klinikum Bad Hersfeld
Tel. 06621 / 88-1687
Fax 06621 / 88-1629

Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

Patientendaten *(Aufkleber)*	**Anmelder/Einrichtung**
Name, Vorname **geb.**	**stationär seit**
Krankenkasse / **Behandlungsart** stationär ☐ teilstationär ☐	**Kontakt auf Station**
Wahlleistungen 1-Bett ☐ 2-Bett ☐ Chefarzt ☐	**Telefon** _____
Hausarzt	**Arzt** _____

behandlungsbegründende Diagnosen:

_____

weitere relevante Diagnosen:

_____

_____

Operation	**bei Frakturen** *(bitte Vorbefunde / CD mitgeben)*	
	☐ voll belastbar	☐ teilbelastbar ab mit kg
OP-Datum	☐ übungsstabil	☐ keine Belastung bis

Status vor Erkrankung und Mobilität		**Pflegegrad**
☐ allein lebend	☐ betreutes Wohnen	☐ nein
☐ selbständig	☐ Kurzzeitpflege/PH	☐ Antrag gestellt
☐ eigene Wohnung	☐ immobil	☐ Grad: _____(1-5)
☐ mit Angehörigen	☐ Hilfsmittel?	
☐ hilfsbedürftig	Welche: _____	
☐ familiäre Versorgung	_____	
☐ Pflegedienst:	_____	

Kontakt Ansprechpartner:

☐ Angehöriger
☐ VS-Bevollmächtigter
☐ Betreuer

Telefonnummer/n
_____

Geriatrie typische Multimorbidität *(aktuellen Status bitte ankreuzen)*

- ☐ Gebrechlichkeit ☐ Immobilität
- ☐ rezidivierende Stürze/Gangstörung
- ☐ Schwindel/Gleichgewichtsstörung
- ☐ Exsikkose/Elektrolytentgleisung
- ☐ Schmerz (☐ akut/☐ chronisch)
- ☐ kognitive Defizite/Demenz
- ☐ Delir
- ☐ Depression/Angststörung
- ☐ starke Sehbehinderung
- ☐ verzögerte Rekonvaleszenz
- ☐ Mangel-/Fehlernährung
- ☐ Dekubitus/Wunden
- ☐ Multimedikation (≥ 5)
- ☐ Kontinenzprobleme
  - ☐ Urin ☐ Stuhl

die Patientin / der Patient ist aktuell

- ☐ kooperationsfähig
- ☐ orientiert
- ☐ verwirrt
- ☐ hin-/weglaufgefährdet
- ☐ selbständig gehfähig
- ☐ mit Hilfsperson gehfähig
- ☐ nicht gehfähig
- ☐ Rollstuhlfahrer

die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim

- ☐ Essen
- ☐ Waschen
- ☐ Toilettengang
- ☐ Transfer
- ☐ An-/Ausziehen

Besonderheiten

- ☐ Sprachstörung
- ☐ Schluckstörung
- ☐ Magensonde / PEG
- ☐ Tracheostoma
- ☐ Kontrakturen
- ☐ NIV/CPAP-Beatmung
- ☐ O_2-Therapie
  - ☐ aktuell ☐ chronisch
- ☐ Stomaversorgung
- ☐ Blasenkatheter
- ☐ Port
- ☐ ZVK
- ☐ Demers/Shaldon Katheter
- ☐ Dialyse
- ☐ Sonstiges _____

Hygienerelevante Erkrankungen *(bitte aktuelle Befunde mitschicken)*

- ☐ Diarrhöe
- ☐ Clostridoides ☐ Norovirus
- ☐ VRE ☐ 3 MRGN / Erreger und Lokalisation _____
- ☐ MRSA ☐ 4 MRGN / Erreger und Lokalisation _____
- ☐ COVID-19 Abstrich erfolgt
  - ☐ positiv
  - ☐ negativ

  Datum Befund

☐ Sonstige _____

Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, da

(vom Arzt auszufüllen!)

- ☐ aktuell bestehende i.v. Therapie
- ☐ die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- ☐ Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- ☐ Komplikationen bestehen

  (z. B. Desorientiertheit / wahnhafte Symptome / Weglauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust):

  _____

☐ bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen *(bitte Erkrankung anführen)*:

_____

Weitere Bemerkungen

_____

_____

Rücksprache *(Name und Telefon)*

Datum Unterschrift des Arztes