GHW
Geriatrie

Anmeldeformular Fachbereich Medizin im Alter

Katholische Einrichtungen Ruhrgebiet Nord GmbH
kern

Bitte Anfragebogen so weit wie möglich ausfüllen und zurücksenden: Fax 0209 6191 - 44201

Bei Rückfragen gerne telefonische Rücksprache unter:
Telefon: 0209 6191 – 44250 (Casemgt.)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Patienten geb. am

Adresse

Private Krankenversicherung: _____
☐ privat versichert, 1-Bett ☐ mit Chefarztbehandlung
☐ privat versichert, 2-Bett ☐ ohne Chefarztbehandlung

ABSENDER/PRAXIS:

Rücksprache erwünscht/ möglich unter Tel.:

Aufnahmedatum **BEI IHNEN**: _____ Gewünschtes Aufnahmedatum **BEI UNS**: _____
Letzte GFK am: _____
Behandlungsbegründende **Hauptdiagnose**: _____
_____

Barthel-Index: _____ Punkte *(bitte als Anlage beifügen)* ISAR-Score: _____ Punkte
OP-Datum: _____ Bei Fraktur: ☐ voll belastbar ☐ teilbelastbar ab/seit _____ mit _____ kg
☐ übungsstabil ☐ keine Belastung bis _____

THERAPIEZIEL: _____

Hinlauftendenz: ☐ nein ☐ ja Aggressivität: ☐ nein ☐ ja
Infektionen: ☐ nein ☐ ja - bei ja, welche: _____
MRE-Screening: ☐ nicht erfolgt ☐ erfolgt, am: _____ Ergebnis: _____

Sonstiges:
☐ O2-Pflicht: _____L/Min
☐ Dysphagie/ ☐ PEG vorhanden
☐ Drainagen: _____
☐ Wunden: _____ *(Wundversorgungsprotokoll bitte beifügen)*
☐ Pfleg. Besonderheiten (bsp. Schwerlastbett, Wechseldrucksystem, Tracheostoma etc.):
_____
☐ Stoma, Versorgung durch: _____

Es besteht noch **keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit** zur Behandlung in einer Rehaklinik, **weil…**

- ☐ die **Vitalparameter** nicht durchgehend stabil sind.
- ☐ bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen: _____
  _____
- ☐ Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern.
- ☐ Komplikationen bestehen: *(z. B. Desorientiertheit/ Demenz/ Depression/ wahnhafte Symptomatik/ Hinlauftendenz/ Wundkomplikationen/ Sehverlust/ Hörverlust).*

Besteht ein Pflegegrad? ☐ nein ☐ ja, welcher: _____ ☐ Pflegegrad ist beantragt

Betreuung/ Bevollmächtigter: ☐ nein ☐ ja, wer: _____ ☐ Betreuung ist beantragt
(altern. helfende Person) Telefon/Mail: _____

Ehegattennotvertretung? ☐ nein ☐ ja – (Kopie bei Verlegung bitte mitgeben)

Wurde vor Verlegung ein Reha-Antrag gestellt: ☐ nein ☐ ja

Bitte faxen Sie uns zur Optimierung der Behandlungsplanung **vor Verlegung:**
1. aktuellen Barthel-Index
2. Verlegungsbrief und akt. Labor
3. aktuelle Medikamentenliste

Vielen Dank!

Wird vom Krankenhaus ausgefüllt:
Aufnahme am: _____ möglich, ☐ anfragende Einrichtung wurde informiert von: _____ (Name)