

	Anmeldeformular Geriatrie	<b>Dokumentnummer:</b> 2340  <b>Kategorie:</b> Dokumentenvorlage  <b>Geltungsbereich:</b> Geriatrie
---	---------------------------	--

Bitte **vollständig und leserlich** per Fax: 02581 / 20 1489 oder E-Mail: geriatrie@warendorf.ameos.de

Bitte Röntgen-, CT-, MRT-Bilder an MVZ Prof. Uhlenbrock digital senden

<p>Bedingungen sind <b>alle</b> erfüllt (<b>Pflichtangaben</b>):</p> <input type="checkbox"/> Pat. mind. 65 Jahre alt + Komorbiditäten <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlungspflichtigkeit besteht <input type="checkbox"/> Frühreha-Fähigkeit gegeben (Compliance) <input type="checkbox"/> Es wurde <b>kein</b> Antrag auf Rehabilitation gestellt (n. § 40 SGB V) <input type="checkbox"/> Es wurde noch <b>keine</b> geriatrische Komplexbehandlung durchgeführt <input type="checkbox"/> Einverständnis zu 2-wöchiger Behandlung	<p>Ihre Fachabteilung:</p>
	<p>Behandelnde/r Ärztin/Arzt:</p>
	<p>Telefonnummer Ärztin/Arzt:</p>

<p><b>Patientenetikett</b></p>	<b>Hausarzt</b>						
	<b>Pflegegrad</b>		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden				
	<input type="checkbox"/> beantragt		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<b>Wohnsituation</b>		<input type="checkbox"/> Pflegeheim				
	<input type="checkbox"/> alleine		<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen				
	<b>Versicherung</b>		<input type="checkbox"/> Chefarzt				
<input type="checkbox"/> gesetzlich		<input type="checkbox"/> 2-Bett					

<b>Hauptdiagnose</b>					
<b>Relevante Nebendiagnosen</b>					
<b>Neurologischer Status</b>	<input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös	<input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> teilorientiert <input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> Antrieb normal <input type="checkbox"/> Antriebsarmut <input type="checkbox"/> psychomotorische Unruhe <input type="checkbox"/> Fixierung		
<b>Stoffwechsel</b>	<input type="checkbox"/> Diabetes Typ _____		<input type="checkbox"/> Dysphagie / Kostform:		
<b>Infektions-krankheiten</b>	Isolation/Barriereflege: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> 3-MRGN	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Sonstige:
<b>Antibiose</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Welche? Bis wann?):			
<b>Aktueller Barthel</b>		<b>Dekubitus</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Lokalisation:			
<b>Spezielle Therapie</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Perfusor	<input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Drainage <input type="checkbox"/> Dialyse:	<input type="checkbox"/> Vakuumpumpe	
<b>Bei Operationen</b>	<input type="checkbox"/> OP:		<input type="checkbox"/> Wunde geschlossen	<input type="checkbox"/> Vollbelastung	
	<input type="checkbox"/> Datum:		<input type="checkbox"/> Teilbelastung bis zum:		
<b>Spezielle Wundversorgung</b>					
<b>Sonstiges</b>					

<b>Ziele der Frührehabilitation:</b>	<b>Gewünschter Aufnahmetermin:</b>
--------------------------------------	------------------------------------

- weiter auf Blatt 2 -

	Anmeldeformular Geriatrie	Dokumentnummer: 2340
		Kategorie: Dokumentenvorlage  Geltungsbereich: Geriatrie

Patientenname: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Barthel-Index Datum der Erhebung:\_\_\_\_\_

<b>Essen</b>	-komplett selbständig oder selbständige PEG-Versorgung -Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Versorgung -kein selbständiges Einnehmen und keine Magensonde-/PEG-Ernährung	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>
<b>Toilettenbenutzung</b>	-vor Ort komplett selbständig inklusive Spülung/Reinigung -Hilfe oder Aufsicht bei Benutzung/Spülung/Reinigung -benutzt weder Toilette noch Toilettentstuhl	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>
<b>Stuhlkontinenz</b>	-stuhlkontinent, selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen/AP-Versorgung -max. 1x/Woche inkontinent/Hilfe bei rekt. Abführmaßnahmen/AP-Vers. -mehr als 1x/Woche inkontinent	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>
<b>Harnkontinenz</b>	-harnkontinent/kompensiert seine Inkontinenz oder versorgt DK selbständig -max. 1x/Tag inkontinent, Hilfe bei DK-Versorgung -mehr als 1x/Tag inkontinent	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>
<b>Waschen</b>	-unabhängig (Waschen Gesicht/Hände, Rasieren, Kämmen, Zahneputzen -nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten	<b>5</b> <b>0</b>
<b>Baden</b>	-Selbständig inklusive Ein-/Aussteigen, Abtrocknen, keine Aufsicht -nicht selbständig bei o.g. Tätigkeit	<b>5</b> <b>0</b>
<b>An- und Auskleiden</b>	-in angemessener Zeit komplett selbständig (keine Hilfe bei ATS, Prothesen) -kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an/aus -erfüllt die unter „5“ genannten Voraussetzungen nicht	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>
<b>Auf- und Umsetzen</b>	-komplett selbständig (Liegen, Bettkante, (Roll-)stuhl, hin und zurück) -Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) -erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) -wird nicht aus dem Bett transferiert	<b>15</b> <b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>
<b>Aufstehen und Gehen</b>	-ohne Aufsicht/Hilfe vom Sitz in den Stand und 50 m ohne Rollator gehen -ohne Aufsicht/Hilfe vom Sitz in den Stand und 50 m mit Rollator gehen -vom Sitz in den Stand mit Laienhilfe, kurze Strecken mit Laienhilfe <u>oder</u> Rollator, alternativ kurze Strecken im Wohnbereich im Rollstuhl -erfüllt die unter „5“ genannten Voraussetzungen nicht	<b>15</b> <b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>
<b>Treppensteigen</b>	-ohne Aufsicht oder personelle Hilfe ein Stockwerk hinauf und herunter -mit Aufsicht oder Laienhilfe ein Stockwerk hinauf und herunter -erfüllt die unter „5“ genannten Voraussetzungen nicht	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>
<b>Summe</b>		

Bitte **vollständig und leserlich** per Fax an: 02581 / 20 1489 oder E-Mail:

geriatrie@warendorf.ameos.de

Bitte Röntgen-, CT-, MRT-Bilder an MVZ Prof. Uhlenbrock digital senden