



Checkliste Geriatrischer Behandlungsbedarf des Zentrums für Altersmedizin an den KEM | Evang. Kliniken Essen-Mitte

Patient/in (Name, Vorname)		Versicherungsstatus:	Datum:
Geburtsdatum		<input type="radio"/> GKV <input type="radio"/> PKV - 2 Bett/1 Bett	Ansprechkontakt (Name):
Straße, PLZ/Wohnort:		Pflegesituation	Tel.:
		<input type="radio"/> Heimbewohner/in <input type="radio"/> gesetzl. Betreuung	Fax:
		Angehörige (Tel.)	
Ja	Nein	Lebensalter \geq 70 Jahre (Zwischen 60. und 70. LJ muss ein besonderer geriatrischer Behandlungsbedarf gegeben sein)	
Ja	Nein	Akutmedizinischer stationärer Behandlungsbedarf gegeben (Diagnose bitten unten ergänzen)	
Ja	Nein	Geriatritypische Multimorbidität (mindestens 2 der folgenden Symptome)	
		<input type="radio"/> Eingeschränkte Mobilität / Sturzneigung <input type="radio"/> Mangelernährung / Kachexie <input type="radio"/> Exsikkose / Elektrolytstörungen <input type="radio"/> Dysphagie <input type="radio"/> exazerbierte Schmerzen <input type="radio"/> Infekt / Fieber <input type="radio"/> reduzierte Belastbarkeit / Gebrechlichkeit (Frailty) <input type="radio"/> Hautdefekte / chronische Wunden	<input type="radio"/> Kognitive Defizite / Demenz <input type="radio"/> Orientierungsstörung <input type="radio"/> Depression / Angststörung <input type="radio"/> Neu aufgetretene Lähmung <input type="radio"/> Aphasie / Dyspraxie <input type="radio"/> starke Sehbehinderung <input type="radio"/> Medikationsprobleme <input type="radio"/> Komplizierter oder protrazierter Verlauf nach vorausgegangener medizinischer Intervention
			<input type="radio"/> Neu aufgetretene Verschlechterung der Alltagskompetenz <input type="radio"/> Fehlendes Wohnumfeld / aktuelle Lebenssituation kann nicht fortgeführt werden
Ja	Nein	Als geriatrischer Patient identifiziert (ISAR \geq 3 Punkte oder klinischer Hinweis)	
		1P	Hilfebedarf Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?
		1P	Akute Veränderung des Hilfebedarfs Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?
		1P	Hospitalisation Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?
		1P	Sensorische Einschränkung Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?
		1P	Kognitive Einschränkung Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?
		1P	Multimorbidität Nehmen Sie pro Tag 6 oder mehr verschiedene Medikamente ein?
Ja	Nein	Kein intensivmedizinischer Behandlungsbedarf zu erwarten / gegeben	
Ja	Nein	Kurzfristig kein fachspezifischer Interventionsbedarf zu erwarten (z.B. Endoskopie, Dialyse, OP)	
Ja	Nein	Keine relevanten Verhaltensstörungen (z.B. Weglauffendenz, Aggression, Fixierung)	
Ja	Nein	Stationäre geriatrische Behandlungsnotwendigkeit gegeben (alle obigen Fragen mit „JA“ beantwortet)	

Relevante Diagnose / Bemerkungen	Rücksprache erforderlich bei
	<input type="radio"/> evt. Isolationspflicht / MRE / MRSA <input type="radio"/> Clostridium difficile / NORO / ROTA <input type="radio"/> Tracheostoma / NIV <input type="radio"/> Dialyse

Kontakt KEM Evang. Kliniken Essen-Mitte	Tel.: +49 (0) 201 174	Fax: +49 (0) 201 174
Evang. Krankenhaus Essen-Steele		
Sekretariat Geriatrie	-23001	-23000
Zentrale Aufnahme 24h	-20061	-20050
Evang. Krankenhaus Essen-Werden		
Sekretariat Geriatrie	-37501	-37500
Zentrale Aufnahme 24h	-37112	-37800
Evang. Huysens-Stiftung Essen-Huttrup		
Zentrale Aufnahme 24h	-20013	-20000