

Patientenanmeldung Geriatrie

Patientendaten

Name, Vorname		Datum, Uhrzeit	
Geb.-Datum			
Wohnort / Heim		Versicherung	
Telefonnr. Patient		Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Diagnosen

Hauptdiagnose	
Relevante Nebendiagnosen	
Behandlungsindikation bzw. vorläufiges Therapieziel	

Aktuelle Situation

Geplanter Behandlungsmodus	<input type="checkbox"/> Akutbehandlung <input type="checkbox"/> Intensivmedizin <input type="checkbox"/> Komplexbehandlung <input type="checkbox"/> anderes	
Bisherige stationäre Behandlungsdauer (bei Übernahmen)		
Vorherige stat. Behandlung im anderen Krankenhaus (bei Einweisung von draußen)		
Einschränkung Selbsthilfefähigkeit (Barthel-Index BI)	<input type="checkbox"/> keine (BI 95/100) <input type="checkbox"/> leicht (BI (80-95)) <input type="checkbox"/> mittel (BI 60-75) <input type="checkbox"/> mittelschwer (BI 40-55) <input type="checkbox"/> schwer (BI 20-35) <input type="checkbox"/> sehr schwer (BI 0-15)	
Hygienevorkehrungen erforderlich / Erreger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Negative Abstriche vorliegend <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Clostridien <input type="checkbox"/> andere Erreger (VRE, ESBL, Noro...)	
Offene Wunden:		
Besonderes	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Beatmung	
Besondere Medikation		
Belastung / Mobilität		
Orientierung / Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/> Orientierungsstörung <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten <input type="checkbox"/> Weglauftendenz <input type="checkbox"/> Unruhe und Agitation	
Bisherige Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> Allein <input type="checkbox"/> mit Familie	
Bestehender Pflegegrad	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, folgender: <input type="checkbox"/> beantragt	
Bestehende Betreuung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Weitere Perspektive	<input type="checkbox"/> Rückkehr in bisheriges Wohnumfeld <input type="checkbox"/> Heim (neu) <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> AHB/Reha <input type="checkbox"/> unklar/anderes:	

Procedere

Geplanter Termin	Station Geri	Hz	Zusage an	Datum/Uhrzeit/Hz

Kontakt KEM Evang. Kliniken Essen-Mitte	Tel.: +49 201 174	Fax: +49 201 174
Evang. Krankenhaus Essen-Steele , Am Deimelsberg 34 a, 45276 Essen		
Sekretariat Geriatrie	-23001	-23000
Zentrale Aufnahme 24h	-20061	-20050
Evang. Krankenhaus Essen-Werden , Pattbergstraße 1-3, 45239 Essen		
Sekretariat Geriatrie	-37501	-37500
Zentrale Aufnahme 24h	-37112	-37800
Evang. HuysSENS-Stiftung Essen-Huttrop , Henricistraße 92, 45136 Essen		
Zentrale Aufnahme 24h	-20001	-20000