

Zentrum für Altersmedizin an den Evang. Kliniken Essen-Mitte

Rufnummer 0201 174-23001 | Fax 0201 174-23000 | E-Mail: altersmedizin@kem-med.com

Anmeldung zur geriatrischen Behandlung

Anmeldungen durch: Name: Telefon:	Bei Anmeldungen durch eine Klinik: <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Name der Klinik:</td> <td>Ansprechpartner</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Name:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tel.:</td> </tr> <tr> <td>Abteilung für:</td> <td>Station:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tel.:</td> </tr> </table>	Name der Klinik:	Ansprechpartner		Name:		Tel.:	Abteilung für:	Station:		Tel.:
Name der Klinik:	Ansprechpartner										
	Name:										
	Tel.:										
Abteilung für:	Station:										
	Tel.:										

Patient <small>Name, Vorname Geburtsdatum Straße Wohnort</small>	Versicherungsstatus: <input type="radio"/> GKV <input type="radio"/> PKV – 2Bett <input type="radio"/> PKV – 1Bett Reha - Antrag <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> bereits gestellt <input type="radio"/> abgelehnt	Pflegesituation Pflegegrad: <input type="radio"/> nein ① ② ③ ④ ⑤ Heimbewohner: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Gesetzl. Betreuung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--	---	---

Diagnosen: <u>nach Trauma/Fraktur:</u> <input type="radio"/> Vollbelastung <input type="radio"/> Teilbelastung <input type="radio"/> Entlastung bis	Funktionsstörungen: <input type="radio"/> Gangstörung / Sturzneigung <input type="radio"/> kognitive Störung / Demenz <input type="radio"/> Depression / Angststörung <input type="radio"/> Gebrechlichkeit <input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> eingeschränkte Selbsthilfefähigkeit <input type="radio"/> fehlendes Wohnumfeld / aktuelle Lebenssituation kann nicht fortgeführt werden <input type="radio"/> <input type="radio"/> Barthel-Index: <input style="width: 40px; border: 1px solid red;" type="text"/> Punkte
--	--

Besonderheiten <input type="radio"/> Vigilanzminderung <input type="radio"/> instabile Vitalparameter <input type="radio"/> offene Wunden / VAC <input type="radio"/> Tracheostoma <input type="radio"/> Dialyse <input type="radio"/> Verlegung direkt von Intensivstation <input type="radio"/> fehlende soziale Versorgung <input type="radio"/> Bettlägerig / Immobilität <input type="radio"/> fortgeschrittene Demenz <input type="radio"/> Weg- / Hinlauftendenz <input type="radio"/> Fixierung / Nachtwache <input type="radio"/> Aggressivität / Delir <input type="radio"/>	Isolationspflicht / MRE <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> MRSA <input type="radio"/> 4 MRGN / <input type="radio"/> 3 MRGN <input type="radio"/> Clostridium difficile <input type="radio"/> NORO / ROTA <input type="radio"/> VRE <input type="radio"/> anderes
--	---

Bemerkungen:

Hiermit bitten wir um <input type="radio"/> stationäre geriatrische Behandlung gewünschter Standort: <input type="radio"/> Geriatrie Essen-Steele (Evang. Krankenhaus Essen-Steele, ehemals Knappschafts-Krankenhaus, Am Deimelsberg 34a, 45276 Essen) <input type="radio"/> Geriatrie Essen-Werden (Evang. Krankenhaus Essen-Werden, Pattbergstraße 1-3, 45239 Essen) gewünschter Aufnahme- / Übernahmetag: <input type="radio"/> so bald wie möglich <input type="radio"/> ab dem _____ <input type="radio"/> Aufnahme in die Tagesklinik Geriatrie (teilstationäre Geriatrie Essen-Steele) Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Anmeldung, wir geben Ihnen kurzfristig eine Rückmeldung an obige Kontaktdaten.