

# Anmeldebogen geriatrische Behandlung

**Anmeldung zur akutgeriatrischen Behandlung, Standort Essen- Steele,**

**Tel. Nr. 0201 174 23023 - Fax 0201 174 23050 - Email: anmeldung-geriatrie@kem-med.com**

<b>Patientendaten:</b> (Bitte Patientenaufkleber verwenden)	<b>Kontakt Daten Anmelder:</b>  Krankenhaus/ HA/ FA _____ Fachabtl. _____ Ansprechpartner _____ Tel. Nr.: _____ Fax Nr.: _____	
<b>Patientenstatus:</b> <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> <b>Privat</b> > Wahlleistung <input type="checkbox"/> 1Bett <input type="checkbox"/> 2Bett <input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> Aufnahme datum verlegende Klinik _____	<input type="checkbox"/> Pflegegrad _____ <input type="checkbox"/> <b>Barthel Index (immer beifügen)</b> _____ <input type="checkbox"/> Pat des <b>ATZ</b> in KOOP mit AKK <input type="checkbox"/> Reha Antrag Ja Nein <input type="checkbox"/> Angehörige Tel. Nr. _____	
<b>Aktuelle Behandlungsdiagnose:</b>  OP Datum _____, Vollbelastung / Teilbelastung bis _____ kg bis _____, Entlastung bis _____ <b><u>Nebendiagnosen:</u></b>		
<input type="checkbox"/> Isolationspflicht/ Keime, wenn ja, welche: _____ <input type="checkbox"/> Decubitus/ Wunde: _____ <input type="checkbox"/> Multimedikation (mind. 6 Medikamente) <input type="checkbox"/> Antibiotische Behandlung, wenn ja, weshalb/ womit: _____	<b>Mobilität:</b> <input type="checkbox"/> Bettlägerig <input type="checkbox"/> Bettkantenmobil <input type="checkbox"/> Sitzen im Stuhl <input type="checkbox"/> Mobil auf Zimmer-/ Flurebene <input type="checkbox"/> Hilfsmittel: _____	
<input type="checkbox"/> Frailty/ Gebrechlichkeit <input type="checkbox"/> Chron. Schmerzen <input type="checkbox"/> Rez. Stürze/ Gangstörung/ Schwindel	<input type="checkbox"/> Überwachungspflichtig <input type="checkbox"/> Demenz/ Delir/ Aggressivität <input type="checkbox"/> Weg-/ Hinlauftendenz <input type="checkbox"/> Fixierung/ Nachtwache <input type="checkbox"/> Depression/ Angststörung	<input type="checkbox"/> Sonstiges: O2 Pflichtig _____/ PEG/ DK/ <input type="checkbox"/> Adipositas _____kg <input type="checkbox"/> Fehlendes Wohnumfeld <input type="checkbox"/> aktuelle Lebenssituation kann nicht fortgeführt werden
<b>Aufnahmegrund/ Ziele/ Bemerkungen:</b>		
Hiermit bitten wir um eine <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <b>stationäre akutgeriatrische Behandlung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> gewünschter Aufnahme-/ Übernahmeterrmin: _____</li> <li><input type="checkbox"/> so bald wie möglich</li> </ul> </li> <li><input type="radio"/> <b>Aufnahme in die Tagesklinik Geriatrie (teilstationäre Geriatrie Essen Steele)</b></li> </ul>		
<b>Unterschrift Anmelder</b>		

Keine Übernahme in die Akutgeriatrie bei Tracheostoma, VAC Therapie, Dialyse oder Verlegung direkt von der Intensivstation.

Bitte **den Anmeldebogen und Barthel Index vollständig** ausfüllen. Wir geben Ihnen kurzfristig eine Rückmeldung an die obigen Kontaktdaten.

Bei einer Übernahme bitten wir Sie, die aktuellen Röntgen, CT, MRT Befunde an unsere Klinik zu übermitteln.

