

Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

Patientendaten (Aufkleber)		Anmelder/Einrichtung
Name, Vorname geb.		stationär seit
Krankenkasse	Behandlungsart stationär ☐ teilstationär ☐	
Wahlleistungen 1-Bett ☐ 2-Bett ☐	Chefarzt ☐	
Hausarzt		

behandlungsbegründende Diagnosen:

weitere relevante Diagnosen:

Operation	bei Frakturen <i>(bitte Vorbefunde / CD mitgeben)</i>
OP-Datum	☐ voll belastbar ☐ teilbelastbar ab _____ mit _____ kg ☐ übungsstabil ☐ keine Belastung bis _____

Status vor Erkrankung und Mobilität ☐ allein lebend ☐ betreutes Wohnen ☐ selbstständig ☐ Kurzzeitpflege/PH ☐ eigene Wohnung ☐ immobil ☐ mit Angehörigen ☐ Hilfsmittel? Welche: _____ ☐ hilfsbedürftig ☐ familiäre Versorgung _____ ☐ Pflegedienst: _____	Pflegegrad ☐ nein ☐ Antrag gestellt ☐ Grad: _____ (1-5)
--	--

Kontakt Ansprechpartner: ☐ Angehöriger ☐ VS-Bevollmächtigter ☐ Betreuer	Telefonnummer/n: _____
--	----------------------------------

Geriatrie typische Multimorbidität *(aktuellen Status bitte ankreuzen)*

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Gebrechlichkeit | ☐ Immobilität | ☐ kognitive Defizite/Demenz | ☐ Mangel-/Fehlernährung |
| ☐ rezidivierende Stürze/Gangstörung | ☐ Delir | ☐ Depression/Angststörung | ☐ Dekubitus/Wunden |
| ☐ Schwindel/Gleichgewichtsstörung | ☐ starke Sehbehinderung | ☐ Kontinenzprobleme | |
| ☐ Exsikkose/Elektrolytentgleisung | ☐ verzögerte Rekonvaleszenz | | |
| ☐ Schmerz | ☐ akut ☐ chronisch | | ☐ Urin ☐ Stuhl |

die Patientin / der Patient ist aktuell

- | | |
|--|---|
| ☐ kooperationsfähig | ☐ selbständig gehfähig |
| ☐ orientiert | ☐ mit Hilfsperson gehfähig |
| ☐ verwirrt | ☐ nicht gehfähig |
| ☐ hin-/weglaufgefährdet | ☐ Rollstuhlfahrer |

die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim

- | | |
|--|--|
| ☐ Essen | ☐ Transfer |
| ☐ Waschen | ☐ An-/Ausziehen |
| ☐ Toilettengang | |

aktueller Barthel-Index: _____

Besonderheiten

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Sprachstörung | ☐ Kontrakturen | ☐ Stomaversorgung | ☐ Demers/Shaldon Katheter |
| ☐ Schluckstörung | ☐ NIV/CPAP-Beatmung | ☐ Blasenkatheeter | ☐ Dialyse |
| ☐ Magensonde / PEG | ☐ O2-Therapie | ☐ Port | ☐ Sonstiges |
| ☐ Tracheostoma | ☐ aktuell ☐ chronisch | ☐ ZVK | _____ |

Hygienerelevante Erkrankungen *(bitte aktuelle Befunde mitschicken)*

- ☐ Diarrhöe ☐ Clostridoides ☐ Norovirus

- ☐ VRE ☐ 3 MRGN / Erreger und Lokalisation _____

- ☐ MRSA ☐ 4 MRGN / Erreger und Lokalisation _____

- ☐ COVID-19 Abstrich erfolgt

- ☐ positiv ☐ negativ Datum Befund _____

- ☐ Sonstige _____

Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, da

(vom Arzt auszufüllen!)

- ☐ aktuell bestehende i.v. Therapie
- ☐ die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- ☐ Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- ☐ Komplikationen bestehen:
(z. B. Desorientiertheit / wahnhaftige Symptome / Weglauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust)
- _____

- ☐ bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen *(bitte Erkrankung anführen):*
- _____

Weitere Bemerkungen

Bitte senden an:
Kreiskrankenhaus Bergstraße
Sektion Geriatrie
Dr. med. C. Franz Reich

Mail: stat5.kkhh@kkh-bergstrasse.de

Bei Rückfragen: 06252 701 92197

Rücksprache *(Name und Telefon)*

Datum

Unterschrift des Arztes