



Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

Patientendaten (Aufkleber)		Anmelder/Einrichtung	
Name, Vorname		stationär seit _____	
geb. _____			
Krankenkasse	Behandlungsart	stationär <input type="checkbox"/>	Kontakt auf Station
		teilstationär <input type="checkbox"/>	
Wahlleistungen	1-Bett <input type="checkbox"/>	Chefarzt <input type="checkbox"/>	Telefon _____
	2-Bett <input type="checkbox"/>		Arzt _____
Hausarzt			

behandlungsbegründende Diagnosen:

weitere relevante Diagnosen:

Operation	bei Frakturen <i>(bitte Vorbefunde / CD mitgeben)</i>		
OP-Datum	<input type="checkbox"/> voll belastbar	<input type="checkbox"/> teilbelastbar ab	mit _____ kg
	<input type="checkbox"/> übungstabil	<input type="checkbox"/> keine Belastung bis	

Status vor Erkrankung und Mobilität <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/PH <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> immobil <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> hilfsbedürftig Welche: _____ <input type="checkbox"/> familiäre Versorgung _____ <input type="checkbox"/> Pflegedienst: _____	Pflegegrad <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt <input type="checkbox"/> Grad: _____ (1-5)
--	--

Kontakt Ansprechpartner: <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> VS-Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Betreuer	Telefonnummer/n: _____
--	---------------------------

Geriatric typische Multimorbidität (aktuellen Status bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit | <input type="checkbox"/> Immobilität | <input type="checkbox"/> kognitive Defizite/Demenz | <input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung |
| <input type="checkbox"/> rezidivierende Stürze/Gangstörung | <input type="checkbox"/> Delir | <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung | <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden |
| <input type="checkbox"/> Schwindel/Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> starke Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> Kontinenzprobleme | <input type="checkbox"/> Multimedikation (≥ 5) |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung | <input type="checkbox"/> verzögerte Rekonvaleszenz | <input type="checkbox"/> Urin | <input type="checkbox"/> Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Schmerz | <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch | | |

die Patientin / der Patient ist aktuell

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kooperationsfähig | <input type="checkbox"/> selbständig gehfähig |
| <input type="checkbox"/> orientiert | <input type="checkbox"/> mit Hilfsperson gehfähig |
| <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> nicht gehfähig |
| <input type="checkbox"/> hin-/weglaufgefährdet | <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer |

die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Transfer |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> An-/Ausziehen |
| <input type="checkbox"/> Toilettengang | |

Besonderheiten

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Kontrakturen | <input type="checkbox"/> Stomaversorgung | <input type="checkbox"/> Demers/Shaldon Katheter |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> NIV/CPAP-Beatmung | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> Dialyse |
| <input type="checkbox"/> Magensonde / PEG | <input type="checkbox"/> O2-Therapie | <input type="checkbox"/> Port | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> chronisch | <input type="checkbox"/> ZVK | _____ |

Hygienerrelevante 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

Rücksprache (Name und Telefon)

Datum

Unterschrift des Arztes