**ANMELDEFORMULAR**

**Klinik für Akutgeriatrie/Frührehabilitation**

**der Krankenhäuser Mechernich & Schleiden**

**Checkliste Geriatrischer Behandlungsbedarf / Geriatrische Früh-Rehabilitation**

Patient (Aufkleber):

Anmeldende Klinik:

KH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Station: ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L

⬜ **Lebensalter ≥ 70 Jahre**

⬜ **Weiterer akutmedizinischer stationärer Behandlungsbedarf:**

**Akutmedizinischer Behandlungsbedarf:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Weitere relevante Diagnose/n:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Barthel-Index:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Punkte (Bitte als Anlage beifügen)

**Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in der Rehaklinik, weil …**

⬜ die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.

⬜ Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern.

⬜ Komplikationen bestehen: z.B. Desorientiertheit / Demenz / Depression / wahnhafte Symptomatik /

Hinlauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust.

⬜ bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen.

**Sonstiges:** ⬜ Nasogastr. Sonde ⬜ PEG ⬜ DK ⬜ Tracheostoma ⬜ Pleuradrainage ⬜ Dialyse

⬜ **Geriatrietypische Multimorbidität (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

|  |  |
| --- | --- |
| O Immobilität  O Gangunsicherheit / Sturzneigung  O Kognitive Defizite / Delir / Demenz  O Exsikkose / Elektrolytstörungen  O Mangelernährung / Kachexie  O Inkontinenz  O Decubitalulcera | O Medikationsprobleme / Arzneimittelnebenwirkungen  O Exazerbierte / chronische Schmerzen  O Komplizierter oder protrahierter Verlauf nach  medizinischer Intervention  O Depression / Angststörung  O Starke Sehbehinderung  O Gebrechlichkeit |

**Status vor Erkrankung:** ⬜ Selbständig/Wohnung ⬜ Betreutes Wohnen ⬜ Pflegeheim

**Pflegegrad:** ⬜ Nein ⬜ I ⬜ II ⬜ III ⬜ IV ⬜ V ⬜ eingeleitet

**Kontakt:**

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geriatrie KH Mechernich Tel 02443 – 17-1085

Tel 02443 – 17-7541

**Fax 02443 – 17-1087**

Geriatrie KH Schleiden Tel 02445 – 87-6206

**Fax 02445 – 87-275**