

ANMELDEFORMULAR

Medizinische Klinik 3: Klinik für Akutgeriatrie/Frührehabilitation Krankenhaus Mechernich & Krankenhaus Schleiden

Checkliste Geriatrischer Behandlungsbedarf / Voraussetzungen für Geriatrische Komplexbehandlung

Patient (Aufkleber):

Anmeldende Klinik:

KH: _____

Station: _____

Arzt: _____

Tel.: _____

Ja Nein

Lebensalter \geq 70 Jahre

Weiterer akutmedizinischer stationärer Behandlungsbedarf gegeben

Geriatritypische Multimorbidität (mindestens 2 der folgenden Syndrome):

- Immobilität
- Gangunsicherheit / Sturzneigung
- Kognitive Defizite / Delir / Demenz
- Exsikkose / Elektrolytstörungen
- Mangelernährung / Kachexie
- Inkontinenz
- Decubitalulcera

- Medikationsprobleme / Arzneimittelnebenwirkungen
- Exazerbierte / chronische Schmerzen
- Komplizierter oder protrahierter Verlauf nach medizinischer Intervention
- Depression / Angststörung
- Starke Sehbehinderung
- Gebrechlichkeit

Stationäre geriatrische Behandlungsnotwendigkeit gegeben (alle obigen Fragen mit JA beantwortet)

Ausschlusskriterien:

Ja Nein

Intensivmedizinischer Behandlungsbedarf gegeben / zu erwarten

Kurzfristig fachspezifischer Interventionsbedarf zu erwarten (z.B. Endoskopie; spez. Diagnostik...)

Reine Pflegesituation / PG5

Barthel \geq 70 („Pat. zu fit“)

Reha angemeldet, Pat. rehafähig

Anmeldung später als Tag 5 VWD oder mögliche Übernahme später als Tag 10 VWD (im Haus)

Relevante Diagnosen:

Rücksprache erforderlich bei

- Isolationspflicht
- Tracheostoma / NIV

Kontakt:

Geriatrie KH Mechernich: Tel 02443 – 177541
Fax 02443 – 171711

Geriatrie KH Schleiden: Tel 02445 – 876433
Fax 02445 – 87275

Sekretariat Geriatrie: Tel 02252 – 304439

Unterschrift: _____

Datum: _____