



Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

<https://www.bv-geriatrie.de/verband/landesverbaende/hessen-thueringen.html>

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

behandlungsbegründende Diagnosen:

weitere relevante Diagnosen:

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

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

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

Geriatric typische Multimorbidität*(aktuellen Status bitte ankreuzen)*

- Gebrechlichkeit
- rezidivierende Stürze/Gangstörung
- Schwindel/Gleichgewichtsstörung
- Exsikkose/Elektrolytentgleisung
- Schmerz (akut/ chronisch)

- Immobilität
- kognitive Defizite/Demenz
- Delir
- Depression/Angststörung
- starke Sehbehinderung
- verzögerte Rekonvaleszenz

- Mangel-/Fehlernährung
- Dekubitus/Wunden
- Multimedikation (≥ 5)
- Kontinenzprobleme
- Urin Stuhl

die Patientin / der Patient ist aktuell

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

die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim

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

Besonderheiten

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

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 <i>(Name und Telefon)</i>	
Datum	Unterschrift des Arztes