

ANMELDEBOGEN AKUTGERIATRIE

zur Indikationsprüfung und stationären Aufnahme

Bitte vollständig ausfüllen. Anmeldung nach telefonischer Rücksprache per Fax oder E-Mail.

Anmeldung ist keine Aufnahmebestätigung.

1 | EINSCHLUSSKRITERIEN GERIATRISCHE KOMPLEXBEHANDLUNG -BITTE BESTÄTIGEN

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Alter $\geq$ 65 Jahre | ☐ Alter < 65 Jahre (nur mit Rücksprache) | ☐ akutstationärer Behandlungsbedarf |
| ☐ geriatrische Multimorbidität /Vulnerabilität | ☐ relevanter Funktions-/Selbstständigkeitsverlust | |
| ☐ multiprofessionelles Therapieziel /Therapiefähigkeit | ☐ vorauss. $\geq$ 14 Behandlungstage | |

2 | ZUWEISUNG UND ERREICHBARKEIT

Einrichtung /Klinik:	Station /Bereich:
Anmeldende Person:	Rückrufnummer Case Management bzw. durchgehend erreichbar:
	frühestmögliches Aufnahmedatum:

3 | PATIENTIN /PATIENT UND RECHTLICHE VERTRETUNG

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	
Adresse:	Versicherung: ☐ GKV ☐ PKV mit CA ☐ PKV ohne CA	
Kontakt Angehörige /Bevollmächtigte /Betreuer/in:	Telefon:	
Vorsorgevollmacht: ☐ ja ☐ nein	gesetzliche Betreuung: ☐ ja ☐ nein	Patientenverfügung: ☐ ja ☐ nein
☐ Betreuung beantragt	Antragsdatum:	Aktenzeichen:
☐ Patientin/Patient bzw. Vertretung ist mit Anfrage/Verlegung einverstanden		

4 | AKUTE MEDIZINISCHE INDIKATION

Führende Akutdiagnose /aktueller stationärer Behandlungsbedarf:

Relevante Nebendiagnosen /Komplikationen:

Geriatrisches Therapieziel /erwarteter Nutzen:

5 | GERIATRISCHE PROBLEME, BEHANDLUNGSZIELE UND WEITERE VERSORGUNG

Geriatrische Syndrome /Problembereiche:

☐ Mobilität /Sturz /Frailty	☐ ADL-Selbsthilfedefizit	☐ Kognition /Delir	☐ Mangelernährung /Dysphagie
☐ Inkontinenz	☐ Schmerz	☐ Wunde /Dekubitus	☐ Polypharmazie

Behandlungsziele: ☐ Mobilität ☐ Selbstständigkeit /ADL ☐ Kognition /Delir ☐ Ernährung ☐ Schmerz

Weitere Versorgung /Entlassperspektive:

☐ Pflegeheim	☐ betreutes Wohnen	☐ häusliches Umfeld	☐ häuslich mit Pflegedienst	☐ Kurzzeitpflege
☐ Reha, Art:	☐ anderes Krankenhaus /Station	☐ Palliativversorgung /Hospiz		

Anmeldung bereits erfolgt: ☐ AHB /Reha ☐ Pflegeheim ☐ KZP ☐ noch nicht Datum:

6 | FUNKTION, KOGNITION UND SOZIALES

Barthel vor Akutereignis: aktuell: Pflegegrad: Wohnform:

Mobilität vor Akutereignis: ☐ frei ☐ mit Hilfsmittel ☐ mit Personenhilfe ☐ immobil

Aktuell: ☐ gehfähig ☐ Transfer mit Hilfe ☐ bettlägerig Belastung/Restriktionen, insb. bei Frakturen:

Kognition: ☐ unauffällig ☐ Demenz ☐ Delir ☐ unklar ☐ Hinlauftendenz ☐ Aggressivität

Hilfsmittel /Unterstützung zu Hause:

7 | AKTUELLER STATUS, SPEZIALTHERAPIEN UND ORGANISATION

Klinischer Status: ☐ stabil ☐ O2-Bedarf ☐ Monitoring ☐ Dialyse ☐ i.v.-Therapie ☐ Antibiotika

Spezielle Therapien: ☐ keine ☐ Tumormedikation ☐ Biologicals ☐ Immunsuppression ☐ sonstige

Wirkstoff /Gabe /nächster Termin:

Infektion /Hygiene: ☐ keine Isolation ☐ MRE ☐ Isolation erforderlich Erreger /Grund:

Zugänge /Wunden: ☐ ZVK ☐ PEG ☐ Tracheostoma ☐ Drainage /Stoma ☐ Wunde Details:

Ausstehend /geplant: ☐ OP /Intervention ☐ Diagnostik ☐ Konsil Was /wann:

8 | UNTERLAGEN UND BESTÄTIGUNG

☐ Arztbrief /Verlauf	☐ Medikationsplan	☐ aktuelles Labor	☐ Mikrobiologie	☐ Bildgebung	☐ Therapiebericht
☐ Vollmacht /Betreuungsbeschluss /Patientenverfügung				Sonstiges:	
Datum /Uhrzeit:		Name /Unterschrift:			