

# 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

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

## 2 | ZUWEISUNG UND ERREICHBARKEIT

|                                           |                                                                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Einrichtung /Klinik: <input type="text"/> | Station /Bereich: <input type="text"/>                                          |
| Anmeldende Person: <input type="text"/>   | Rückrufnummer Case Management bzw. durchgehend erreichbar: <input type="text"/> |
|                                           | frühestmögliches Aufnahmedatum: <input type="text"/>                            |

## 3 | PATIENTIN /PATIENT UND RECHTLICHE VERTRETUNG

|                                                                                                    |                                                                                                                     |                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname: <input type="text"/>                                                                | Geburtsdatum: <input type="text"/>                                                                                  |                                                                               |
| Adresse: <input type="text"/>                                                                      | Versicherung: <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV mit CA <input type="checkbox"/> PKV ohne CA |                                                                               |
| Kontakt Angehörige /Bevollmächtigte /Betreuer/in: <input type="text"/>                             | Telefon: <input type="text"/>                                                                                       |                                                                               |
| Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                       | gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                    | Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Betreuung beantragt                                                       | Antragsdatum: <input type="text"/>                                                                                  | Aktenzeichen: <input type="text"/>                                            |
| <input type="checkbox"/> 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:

|                                                    |                                                 |                                           |                                                     |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mobilität /Sturz /Frailty | <input type="checkbox"/> ADL-Selbsthilfedefizit | <input type="checkbox"/> Kognition /Delir | <input type="checkbox"/> Mangelernährung /Dysphagie |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz               | <input type="checkbox"/> Schmerz                | <input type="checkbox"/> Wunde /Dekubitus | <input type="checkbox"/> Polypharmazie              |

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

Weitere Versorgung /Entlassperspektive:

|                                                          |                                                       |                                                      |                                                    |                                         |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegeheim                      | <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen             | <input type="checkbox"/> häusliches Umfeld           | <input type="checkbox"/> häuslich mit Pflegedienst | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege |
| <input type="checkbox"/> Reha, Art: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> anderes Krankenhaus /Station | <input type="checkbox"/> 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

|                                                                             |                                          |                                          |                                        |                                     |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arztbrief /Verlauf                                 | <input type="checkbox"/> Medikationsplan | <input type="checkbox"/> aktuelles Labor | <input type="checkbox"/> Mikrobiologie | <input type="checkbox"/> Bildgebung | <input type="checkbox"/> Therapiebericht |
| <input type="checkbox"/> Vollmacht /Betreuungsbeschluss /Patientenverfügung |                                          |                                          |                                        | Sonstiges: <input type="text"/>     |                                          |
| Datum /Uhrzeit: <input type="text"/>                                        |                                          | Name /Unterschrift: <input type="text"/> |                                        |                                     |                                          |