Evangelisches Klinikum
Köln Weyertal

Medizin im Alter
Weyertal 76 | 50931 Köln
Tel. 0221 479-5200 | Fax 0221 479-5204
case-management@klinikum-weyertal.de
Case Management: Hr. Thielen, Tel. 0221 479-3001

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 ≥ 65 Jahre
- ☐ Alter < 65 Jahre (nur mit Rücksprache)
- ☐ akutstationärer Behandlungsbedarf
- ☐ geriatrische Multimorbidität /Vulnerabilität
- ☐ relevanter Funktions-/Selbstständigkeitsverlust
- ☐ multiprofessionelles Therapieziel /Therapiefähigkeit
- ☐ vorauss. >= 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: _____

Interne Prüfung: ☐ geeignet ☐ Rückfrage ☐ derzeit nicht geeignet | Aufnahme am: _____