



## Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

<b>Patientendaten (Aufkleber)</b>		<b>Anmelder/Einrichtung</b>
Name, Vorname		
geb.		
Krankenkasse	Behandlungsart	stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/>
Wahlleistungen	1-Bett <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/>	
<b>Hausarzt</b>		

**behandlungsbegründende Diagnosen:**

**weitere relevante Diagnosen:**

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

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

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

**Geriatrie typische Multimorbidität** (aktuellen Status bitte ankreuzen)

- |  |                                      |  |  |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit                   | <input type="checkbox"/> Immobilität | <input type="checkbox"/> kognitive Defizite/Demenz | <input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung               |
| <input type="checkbox"/> rezidivierende Stürze/Gangstörung |                                      | <input type="checkbox"/> Delir                     | <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden                    |
| <input type="checkbox"/> Schwindel/Gleichgewichtsstörung   |                                      | <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung   | <input type="checkbox"/> Multimedikation ( $\geq 5$ )        |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung   |                                      | <input type="checkbox"/> starke Sehbehinderung     | <input type="checkbox"/> Kontinenzprobleme                   |
| <input type="checkbox"/> Schmerz                           | <input type="checkbox"/> akut        | <input type="checkbox"/> verzögerte Rekonvaleszenz | <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl |

**die Patientin / der Patient ist aktuell**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kooperationsfähig     | <input type="checkbox"/> selbstständig gehfähig   |
| <input type="checkbox"/> orientiert            | <input type="checkbox"/> mit Hilfsperson gehfähig |
| <input type="checkbox"/> verwirrt              | <input type="checkbox"/> nicht gehfähig           |
| <input type="checkbox"/> hin-/weglaufgefährdet | <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer          |

**die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim**

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

## Besonderheiten

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung    | <input type="checkbox"/> Kontrakturen                               | <input type="checkbox"/> Stomaversorgung | <input type="checkbox"/> Demers/Shaldon Katheter |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung   | <input type="checkbox"/> NIV/CPAP-Beatmung                          | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter  | <input type="checkbox"/> Dialyse                 |
| <input type="checkbox"/> Magensonde / PEG | <input type="checkbox"/> O2-Therapie                                | <input type="checkbox"/> Port            | <input type="checkbox"/> Sonstiges               |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma     | <input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> chronisch | <input type="checkbox"/> ZVK             |  |

### **Hygienerelevante Erkrankungen** (bitte aktuelle Befunde mitschicken)

- Diarrhöe  Clostridoides  Norovirus

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> VRE  | <input type="checkbox"/> 3 MRGN / Erreger und Lokalisation |
| <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> 4 MRGN / Erreger und Lokalisation |

- COVID-19 Abstrich erfolgt

positiv      Datum Befund  
 negativ

- Sonstige \_\_\_\_\_

---

- Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V**  
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 / wahnsinnige Symptome / Wedlauf tendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust)*

bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen (bitte Erkrankung anführen):

## Weitere Bemerkungen

---

Digitized by srujanika@gmail.com

**BITTE SENDEN AN:**

**Geriatrische Klinik**  
Anja Kleist  
August-Bebel-Straße 59  
65428 Rüsselsheim am Main  
Telefon: 06142 881857  
**Fax: 06142 881440**

Rücksprache (*Name und Telefon*)