

Anmeldeformular

Evangelisches Krankenhaus Kalk | Klinik für Akutgeriatrie und Frührehabilitation | CA Dr. med. H. L. Unger
Kontakt Daten: Buchforststraße 2 | 51103 Köln | Tel. 0221 8289 5208 | Fax. 0221 8289 5325

Einweisende/s Praxis/KH	<input type="checkbox"/> Kassenpatient	KK/KV:
	<input type="checkbox"/> Privatpatient	
Bitte Patientenadrema aufkleben! Mindest-Informationen: 1. Patientenvor- und Zuname, Geb.-Datum 2. Anschrift des Patienten 3. Einweisende/s Krankenhaus oder Arztpraxis 4. Telefonnummer der Station oder Praxis	Privat 1-Bett	<input type="checkbox"/>
	Privat 2-Bett	<input type="checkbox"/>
	Chefarztbehandlung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Telefon-Nr. für Rückfragen	
	gewünschter Verlegungstermin	

Status vor Erkrankung: Selbständig/Wohnung 24-Stundenbetreuung Altenheim/Wohnbetreuung Altenheim/Pflegebereich

Akutmedizinischer Behandlungsbedarf: _____

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose: _____

Weitere relevante/n Diagnose/n: _____

Barthel-Index: _____ Punkte (Bitte als Anlage beifügen)

OP-Datum: _____ Bei Fraktur voll belastbar Teilbelastbar ab _____ mit _____ kg
 Übungsstabil keine Belastung bis _____

Erbrechen Ja Nein Hinlauftendenz Ja Nein
 Durchfall Ja Nein Aggressivität Ja Nein
 Infektionen (Noro/MRSA/Clost./ESBL/VRE) Ja Nein Bei Ja: Welche? _____

Geriatrische Multimorbidität (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Immobilität	<input type="checkbox"/> Starke Seh-/Hörbehinderung	<input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung
<input type="checkbox"/> Kognitive Defizite/Delir/Demenz	<input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung	<input type="checkbox"/> Schmerz
<input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden	<input type="checkbox"/> Rezidiv. Stürze/Schwindel/Gangstörung	<input type="checkbox"/> Multimedikation (>5)/Medikationsprobleme
<input type="checkbox"/> Depression/Angststörung	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Verzögerte Rekonvaleszenz
<input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörung	<input type="checkbox"/> Hohes Komplikationsrisiko	

Sonstiges: Nasogastr./Sonde PEG DK Cystofix Tracheostoma

Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in der Rehaklinik, weil ...

die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.
 Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern.
 Komplikationen bestehen: (z.B. Desorientiertheit/Demenz/Depression/wahnhafte Symptomatik/Hinlauftendenz/Wundkomplikationen/ Sehverlust/Hörverlust
 bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen.

Pflegestufe: Nein I II III eingeleitet

Betreuung: Nein Ja, wer? _____

Heimanmeldung: Nein läuft, ab _____ geplant, ab _____

Anmeldung Kurzzeitpflege: Nein läuft, ab _____ geplant, ab _____

AHB: Nein angemeldet geplant, ab _____

Patientenverfügung: Nein Ja **Versorgungsvollmacht:** Nein Ja

Anmeldung für Datum: _____ Station Demenzstation Tagesklinik

Unterschrift des zuweisenden Arztes: _____ **Telefon-Nr. für Rückfragen:** _____

Interne Bearbeitungsvermerke (bitte nicht ausfüllen)

Patient wird aufgenommen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Station:	Uhrzeit
Datum		KürzelCA/OÄ	

Evangelisches Krankenhaus Kalk | Klinik für Akutgeriatrie und Frührehabilitation | CA Dr. med. H. L. Unger
Kontakt Daten: Buchforststraße 2 | 51103 Köln | Tel. 0221 8289 5208 | Fax. 0221 8289 5325

ISAR* Geriatrisches Screening

Dieser Fragebogen sollte durch das Personal gemeinsam mit dem Patienten (Alter ≥ 75 Jahre) oder seiner Bezugsperson ausgefüllt werden.
Das Screening gilt als positiv, wenn drei oder mehr Punkte erreicht werden.

Patientenetikett

Bitte jede Frage mit Ja oder Nein beantworten!

Hilfebedarf 1. Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
Akute Veränderung des Hilfebedarfs 2. Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
Hospitalisation 3. Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
Sensorische Einschränkung 4. Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
Kognitive Einschränkung 5. Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
Multimorbidität 6. Nehmen Sie pro Tag 6 oder mehr verschiedene Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0

SUMME: _____

Datum, Unterschrift Mitarbeiter

Selbsthilfetätigkeit (Barthel-Index):

Essen	unabgänglich, benutzt Geschirr und Besteck	10
	Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden	5
	Total hilfebedürftig	0
Baden	Badet ohne Hilfe	5
	Badet mit Hilfe	0
Persönliche Pflege	Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne	5
	Braucht Hilfe	0
Ankleiden	Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10
	Hilfsbedürftig - kleidet sich mindestens zur Hälfte an	5
	Total hilfebedürftig	0
Toilettengang	Unabhängig bei Benutzung der Toilette oder Bettschüssel	10
	Braucht Hilfe, z. B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabung, Papier	5
	kann nicht auf die Toilette	0
Urinkontrolle	Kontinent - oder bedient Windeln, Vorlagen, Katheter ohne Hilfe	10
	Teilweise inkontinent - braucht Hilfe beim Katheter	5
	Inkontinent	0
Stuhlkontrolle	Kontinent	10
	Kontinent mit Hilfe - oder gelegentlich inkontinent	5
	Dauernd inkontinent	0
Bett-Stuhl-Transfer	Unabhängig, inkl. Rollstuhlarretierung und Fußstützen oder vollmobil	15
	minimale Assistenz oder Supervision notwendig	10
	kann aufsitzen, braucht aber Hilfe für Transfer	5
	kann sich nicht selbst aufsetzen	0
Bewegung	Unabhängig, mindestens 50 m, ggf. mit Gehstützen	15
	Geht > 50 m mit geringer Hilfe	10
	Geht < 50 m mit geringer Hilfe; fährt allein Rollstuhl > 50 m	5
	Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder < 50 m fortbewegen	0
Treppensteigen	Unabhängig, ggf. mit Gehhilfe	10
	Braucht Hilfe oder Supervision	5
	Kann nicht Treppensteigen	0
Summe		