

Anmeldeformular für die Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im KH Alexianer Krefeld

Der Anmeldung ist noch der **vorläufige Entlassbrief, ein aktueller MRSA-Befund (max. 7 Tage alt!)** sowie die **zwei ausgefüllten Anlagen beizufügen**



Kontakdaten:

Alexianer Krefeld GmbH, Klinik für Geriatrie, Dießemer Bruch 81, 47805 Krefeld

Tel.: 0 21 51/334 - 12 11

FAX 0 21 51/334 - 55 12 10

Einweisende/s Praxis/KH:	<input type="checkbox"/> Kassenpatient	KK/KV:	
	<input type="checkbox"/> Privatpatient		
Bitte hier Patientenadrema aufkleben oder händisch eintragen!!! Mindestinformation: 1. Patientenvor- und Zuname, Geb.- Datum 2. Einweisende/s Praxis oder Krankenhaus 3. Telefonnummer der Praxis oder Station	<input type="checkbox"/> Privat 1- Bett	<input type="checkbox"/> Ja	Chefarztbehandlung
	<input type="checkbox"/> Privat 2-Bett	<input type="checkbox"/> Nein	Chefarztbehandlung
	Telefonnummer für Rückfragen:		
	gewünschter Verlegungstermin:		

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

Akutmedizinischer Behandlungsbedarf: _____

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose: _____

Anmeldeformular für die Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im KH Alexianer Krefeld

Der Anmeldung ist noch der **vorläufige Entlassbrief, ein aktueller MRSA-Befund (max. 7 Tage alt!)** sowie die **zwei ausgefüllten Anlagen beizufügen!**



Weitere relevante/n Diagnose/n: _____

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

OP-Datum: _____

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

Status vor Erkrankung:

- Selbstständig/Wohnung Altenheim/Wohnbetreuung
 24-Stundenbetreuung Altenheim/Pflegebereich

Erbrechen Ja Nein

Hinlauftendenz Ja Nein

Durchfall Ja Nein

Aggressivität Ja Nein

Infektionen (Noro/MRSA/Lost./ESBL/VRL) Ja Nein Bei Ja: Welche? _____

Anmeldeformular für die Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im KH Alexianer Krefeld

Der Anmeldung ist noch der **vorläufige Entlassbrief, ein aktueller MRSA-Befund (max. 7 Tage alt!)** sowie die **zwei ausgefüllten Anlagen beizufügen!**



Geriatrische Multimorbidität (zutreffendes bitte ankreuzen)

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

Sonstiges: PEG DK Nasogastr./Sonde 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/wahnhaftige Symptomatik/Hinlauftendenz/Wundkomplikationen/Sehverlust/Hörverlust
- bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen

Pflegegrad: Nein 1 2 3 4 5 eingeleitet

Betreuung: Nein Ja, wer? _____

Heimanmeldung Nein läuft, ab _____ geplant, ab _____

Anmeldeformular für die Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im KH Alexianer Krefeld

Der Anmeldung ist noch der **vorläufige Entlassbrief, ein aktueller MRSA-Befund (max. 7 Tage alt!)** sowie die **zwei ausgefüllten Anlagen beizufügen**



Anmeldung Kurzzeitpfl. Nein läuft, ab _____ geplant, ab _____

AHB: Nein angemeldet _____ geplant, ab _____

Patientenverfügung: Ja Nein Vorsorgevollmacht: Ja Nein

Anmeldung für Datum: _____

Name des zuweisenden Arztes: _____ Adresse des zuw. Arztes: _____
(leserlich) (leserlich)

Telefon-Nr. für Rückfragen: _____ Unterschrift des zuw. Arztes: _____
(leserlich)

Interne Bearbeitungsvermerke (bitte nicht ausfüllen)

Patient wird aufgenommen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Datum der Aufnahme:	Station: <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> M3	
Kürzel CA/OA:	Datum:		

Anlage 1

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

Summe:

Datum, Unterschrift Mitarbeiter

* modifiziert nach: Warburton RN et al., Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged > 75 in a community hospital emergency department. Int J Health Care Qual Assur 2004, 17: 339-348

Anlage 2

Selbsthilfetätigkeit (Barthel-Index):

Patientenetikett

Essen	unabhängig, 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-Trans	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:		

Datum, Unterschrift Mitarbeiter