

Anmeldeformular

Gemeinschaftskrankenhaus Bonn gGmbH – Haus St. Elisabeth | Akutgeriatrie | Chefarzt F. Otten

Prinz-Albert-Str. 40 | 53113 Bonn | Tel. 0228 508-1221 | KIM: geriatrie@gk-bonn.kim.telematik |

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	Frühestmögliche Anmeldung (Wunschdatum):	☐ Station
	Chefarztbehandlung ☐ Ja ☐ Nein	Pflegegrad: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ kein PG ☐ beantragt
	1-Bett Versicherung ☐ 2-Bett Versicherung ☐	
	Krankenkasse:	Hausarzt:

Zwingende Voraussetzung: Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil ... (zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.
- ☐ Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit, welche die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- ☐ Komplikationen / Komorbiditäten bestehen: (z.B. Desorientiertheit/Delir/Demenz/Depression/ Wundkomplikationen)
- ☐ bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen (z.B. Schmerz, dekompensierte Herzinsuffizienz, Infektionen, etc.).

Status vor Erkrankung (bisheriges soziales Umfeld)

- ☐ Selbständig/Wohnung
- ☐ Altenheim/Betreutes Wohnen
- ☐ Altenheim/Pflegebereich
- ☐ 24-Stundenbetreuung
- ☐ Vorsorgevollmacht
- ☐ Angehörige / Tel.: _____
- gesetzliche Betreuung:** ☐ Ja Name: _____
- ☐ Nein Tel.: _____

Diagnosen

Stationär in verlegender Klinik seit: _____

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit weil: _____

Hauptdiagnose: _____

Weitere relevante/n Diagnose/n: _____



Anmeldeformular

Bei Frakturen

OP-Termin: _____ Vollbelastung ☐ Ja ☐ Nein Teilbelastung bis wann: _____/kg: _____

Besonderheiten

Isolation ☐ Ja ☐ Nein Dialyse ☐ Ja ☐ Nein
 Erbrechen ☐ Ja ☐ Nein Weglauftendenz ☐ Ja ☐ Nein
 Durchfall ☐ Ja ☐ Nein Aggressivität ☐ Ja ☐ Nein
 Infektionen/MRE (Noro/MRSA/Clos.ESBL/VRE) ☐ Ja ☐ Nein Bei Ja: Welche? _____
 Antibiotika/Chemotherapeutika ☐ Ja ☐ Nein Bei Ja: Welche? _____
☐ Nasogastr./Sonde ☐ PEG ☐ Tracheostoma

Kurzassessment

Funktion/Ausprägung	normal/o.B.	leicht gestört/reduziert	schwer gestört/reduziert	schwerstens gestört/ reduziert
Bett verlassen können (Transfer)	☐	☐	☐	☐
Gehen können (Sturzneigung)	☐	☐	☐	☐
Körperpflege + Ankleiden	☐	☐	☐	☐
Nahrungsaufnahme	☐	☐	☐	☐
Urinkontinenz	☐	☐	☐	☐
Stuhlkontinenz	☐	☐	☐	☐
Dekubitus	☐	☐	☐	☐
Orientierung	☐	☐	☐	☐
Vigilanz	☐	☐	☐	☐
Auffassung	☐	☐	☐	☐
Sprechen	☐	☐	☐	☐
Hören/Sehen	☐	☐	☐	☐
Motivation	☐	☐	☐	☐
Depressivität	☐	☐	☐	☐

Datum / Unterschrift
des zuweisenden Arztes: _____
(Name in Druckbuchstaben)

Tel.-Nr. für Rückfragen: _____

Stempel des Einweisers: