



Anmeldeformular

| | | | |
|---|--|---|--|
| Gemeinschaftskrankenhaus Bonn gGmbH – Haus St. Elisabeth Akutgeriatrie und Tagesklinik Chefarzt F. Otten | | | |
| Kontaktdaten: Bonner Talweg 4-6 | | 53113 Bonn Tel. 0228 508-1221 Fax. 0228 508-1222 | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Bitte immer Patientenadrema aufkleben! Mindest-Informationen:</p> <p>1. Patientenvor- und -zuname, Geb.-Datum 2. Anschrift des Patienten 3. Einweisende/s Krankenhaus oder Arztpraxis 4. Telefonnummer der Station oder Praxis</p> | Frühestmögliche Anmeldung (Wunschdatum): | <input type="checkbox"/> Station <input type="checkbox"/> Tagesklinik | |
| | Chefarztbehandlung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Pflegegrad: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> beantragt |
| | Privat 1-Bett | <input type="checkbox"/> | |
| | Privat 2-Bett | <input type="checkbox"/> | 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 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)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Selbständig/Wohnung | <input type="checkbox"/> Altenheim/Betreutes Wohnen | <input type="checkbox"/> Altenheim/Pflegebereich |
| <input type="checkbox"/> 24-Stundenbetreuung | <input type="checkbox"/> Angehörige / Tel.: _____ | |
| rechtliche Betreuung: | <input type="checkbox"/> Ja | Name: _____ |
| | <input type="checkbox"/> 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 wie lange: _____

Besonderheiten

Isolation Ja Nein Dialyse Ja Nein
 Erbrechen Ja Nein Weglauftendenz Ja Nein
 Durchfall Ja Nein Aggressivität Ja Nein
 Infektionen/MRE (Noro/MRSA/Clost./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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehen können (Sturzneigung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Körperpflege + Ankleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nahrungsaufnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urinkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stuhlkontinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dekubitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vigilanz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Auffassung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprechen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hören/Sehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motivation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depressivität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Tel.-Nr. für Rückfragen: _____

Stempel des Einweisers: