



## Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

Bevorzugter Standort:      Bad Schwalbach      Wiesbaden      Rüdeshheim

Patientendaten <i>(Aufkleber)</i>		Anmelder/Einrichtung
Name, Vorname		
geb.		
stationär seit		
Krankenkasse	Behandlungsart    stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/>	Kontakt auf Station
Wahlleistungen    1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/>	Chefarzt <input type="checkbox"/>	Telefon _____
Hausarzt		Arzt    _____

behandlungsbegründende Diagnosen:

weitere relevante Diagnosen:

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

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

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

**Geriatric 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"/> Depression/Angststörung   | <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden      |
| <input type="checkbox"/> Schwindel/Gleichgewichtsstörung   | <input type="checkbox"/> starke Sehbehinderung                   | <input type="checkbox"/> Kontinenzprobleme         | <input type="checkbox"/> Multimedikation (≥ 5) |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung   | <input type="checkbox"/> verzögerte Rekonvaleszenz               | <input type="checkbox"/> Urin                      | <input type="checkbox"/> Stuhl                 |
| <input type="checkbox"/> Schmerz                           | <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch |  |  |

**die Patientin / der Patient ist aktuell**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kooperationsfähig     | <input type="checkbox"/> selbständig 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**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essen         | <input type="checkbox"/> Transfer      |
| <input type="checkbox"/> Waschen       | <input type="checkbox"/> An-/Ausziehen |
| <input type="checkbox"/> 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             | _____  |

**Hygienerrelevante Erkrankungen** (bitte aktuelle Befunde mitschicken)

- Diarrhöe  Clostridoides  Norovirus
- VRE  3 MRGN / Erreger und Lokalisation \_\_\_\_\_
- MRSA  4 MRGN / Erreger und Lokalisation \_\_\_\_\_
- COVID-19 Abstrich erfolgt
- positiv  negativ Datum Befund \_\_\_\_\_
- Sonstige \_\_\_\_\_

**Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, da**

(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 / wahnhaftige Symptome / Weglauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust)
- \_\_\_\_\_
- bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen (bitte Erkrankung anführen):
- \_\_\_\_\_

**Weitere Bemerkungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rücksprache (Name und Telefon)

Datum

Unterschrift des Arztes