

Anmeldeformular

St. Hildegardis Krankenhaus Köln-Lindenthal | Klinik für Geriatrie | Chefarzt Dr. med. J. G. Hoffmann
Kontakt Daten: Bachemer Straße 29–33 | 50931 Köln | Tel. 0221 4003-241 | Fax. 0221 4003-244

Einweisendes Krankenhaus oder Arztpraxis:	<input type="checkbox"/> Kassenpatient <input type="checkbox"/> Privatpatient	KK/KV:
Mindest-Informationen: ggf. bitte Patientenaufkleber Patientenvor- und Zuname, Geb.-Datum	Privat 1-Bett Privat 2-Bett	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anschrift des Patienten	Chefarztbehandlung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Krankenkasse	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 zum _____

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

Geriatrische Multimorbidität (Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

Sonstiges: Nasogastr./Sonde PEG DK Cystofix Tracheostoma Pleuradrainage Dialyse

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/Hinlauffähigkeit/Wundkomplikationen/ Sehverlust/Hörverlust
 bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen.

Pflegegrad: Nein I II III IV V eingeleitet

Betreuung: Nein Ja, wer? _____

Heimmeldung: Nein läuft, ab _____ geplant, ab _____

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

AHB: Nein angemeldet geplant, ab _____

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

Datum der Anmeldung: _____ Station Kognitive Geriatrie

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:
Kürzel CA/OÄ	Datum der Aufnahme:		