

## 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

<b>Einweisendes Krankenhaus oder Arztpraxis:</b>	<input type="checkbox"/> Kassenpatient <input type="checkbox"/> Privatpatient	KK/KV:
Mindest-Informationen: <b>ggf. bitte Patientenaufkleber</b> Patientenvor- und Zuname, Geb.-Datum	Privat 1-Bett	<input type="checkbox"/>
	Privat 2-Bett	<input type="checkbox"/>
Anschrift des Patienten	Chefarztbehandlung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Telefon-Nr. für Rückfragen	
Krankenkasse	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  Unruhe /Rufen  Ja  Nein  
Durchfall  Ja  Nein  Hinlauftendenz  Ja  Nein  
Infektionen (Noro/MRSA/Clost./ESBL/VRE)  Ja  Nein →  Aggressivität  Ja  Nein  
Bei Ja: Welche? \_\_\_\_\_

### Geriatrische Multimorbidität (Zutreffendes bitte ankreuzen)

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