EV. KRANKENHAUS gGmbH
Geriatrische Klinik
Pferdebachstr. 27, 58455 Witten

☎ 02302-175 2410 - FAX: 02302- 175 2077

Chefarzt Stephan Ziemke
Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie

(Patientaufkleber)
FAlls Patient Privat versichert ist,
Bitte um Angabe, ob 1- oder 2-Bett

Wie versichert !!!
Wichtig für unsere Bettenplanung !!!

Anfrage zur geriatrischen Auf-/Übernahme

Aktuelle Erkrankung

.....

.....

Status

☐ wenn Privat, 1 Bett + CA
☐ wenn Privat, 2 Bett + CA

besondere Maßnahmen

☐ Iso wegen MRSA, Norovirus, Covid, 4MRGN, Influenza, etc.

Abklärung geriatrischer Syndrome

☐ Sturz/Gangstörung
☐ Immobilisationssyndrom
☐ Dekubitus-/Wundversorgung
☐ Chronisches Schmerzsyndrom
☐ Schwindel/Synkope
☐ Inkontinenz
☐ Demenz/Verwirrtheitssyndrome
☐ Hinlauftendenz
☐ Malnutrition/Indikationsprüfung PEG
☐ Schluckstörung
☐ Adipositas (Körpergewicht kg)

Option geriatrische Frührehabilitation (GFK)

☐ nach Insult
☐ nach Sturz
☐ nach operativem Eingriff
☐ nach kardialer Dekompensation
☐ nach .....
☐ es besteht eine volle Belastungsstabilität
☐ es besteht eine Teilbelastung von .....%
☐ Pat. ist für Reha ausreichend **motiviert**

Voraussetzung geriatr. Komplexbehandlung (GFK):
- i.d.R. > 70 Jahre mit alterstypischen Vorerkrankungen
- es besteht ein akutmedizinischer Handlungsbedarf (z.B. RR-Einstellung, E-lyt-Entgleisung, Volumenkorrektur, Schmerzbehandlung, Medikamentenanpassung)
- positive Reha-Prognose
- Therapiewunsch/Adhärenz

Patientenspezifische Bedingungen

Kognitive Defizite

☐ passagere Verwirrtheit
☐ Orientierungsstörung
☐ Störung der Auffassung/Umsetzung
☐ psychomotorische Unruhe

Neurologische Defizite

☐ Paresen/Lokalisation:
.....
☐ Sprach/Sprechstörungen
☐ Dysphagie

Funktionelle Defizite

☐ bettlägerig
☐ sitzstabil
☐ gehfähig
☐ liegende PEG
☐ Amputationen
☐ O2- Versorgung

Grad der Selbständigkeit

Barthel-Index: .....Punkte

Unterstützungssysteme/Sozialstatus

Pflegegrad :.....

Pflegedienste: .....

Angestrebter Lebensraum

☐ eigene Wohnung
☐ Seniorenheim
☐ unklar

Datum	Name und Tel:-Durchwahl des behandelnden Arztes	**Ihr**-Stempel der Einrichtung	**Tel.-Nr./ Fax** (bitte leserlich!!!!)