

Anmeldebogen zur geriatrischen Behandlung

Geriatrie Sankt Josef Hospital Xanten

Kontakt

Telefon Sekretariat Geriatrie

02801-710-198

Telefon Belegungsmanagement

02801-710-2515

Telefon Tagesklinik

02801-710-92

Fax

02801-710-197

E-Mail

bettenmanagement@sankt-josef-hospital.de



**SANKT JOSEF
HOSPITAL**
in Xanten

Sankt Josef-Hospital Xanten
in der Hees 4
46509 Xanten

Die geriatrische Rehabilitationsfähigkeit der o.g. Patienten/in besteht durch eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit, erforderliche Mobilität und ausreichende Motivation. Die Vorstellung in Ihrer geriatrischen Abteilung erfolgt aus eigenem Interesse zur Verbesserung der Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens sowie der Mobilität auf Grund des akuten Ereignisses – siehe Hauptdiagnose.

Hiermit bitten wir um eine

☐ stationäre akutgeriatrische Behandlung

☐ gewünschter Aufnahme-/ Übernahmetermine: _____

☐ so bald wie möglich

☐ Aufnahme in die Tagesklinik Geriatrie

Unterschrift Anmelder

Patientendaten

(Bitte Patientenaufkleber verwenden)

Kontaktdaten Anmelder

Krankhaus/Hausarzt/Facharzt

Fachabteilung:

Ansprechpartner:

Telefonnr.:

Patientenstatus

☐ GKV

Krankenkassen: _____

☐ Privat > Wahlleistung

☐ 1 Bett

☐ 2 Bett

☐ Chefarztbehandlung

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:

Geriatrische Diagnosen

☐ Depression/Angststörung

☐ Leichte kognitive Einschränkung

☐ Demenz

☐ Delir

☐ Hin/Weglauftendenz

☐ Polymedikation

☐ Altersschwindel

☐ Chronische Schmerzen

☐ Dekubitus/Wunden

☐ Aggressivität

☐ Mangelernährung

☐ Gangstörung, Rez. Stürze

☐ Dysphagie

☐ Inkontinenz

☐ Diarrhoen

<u>Infektionen</u> ☐ nein ☐ ja, diese: ☐ Antibiotikatherapie mit: ☐ Isolation notwendig, bei:
☐ MRSA Abstrich erfolgt ☐ ausstehend ☐ Besiedelung nachgewiesen, am: ☐ Lokalisation:
<u>Sonstiges:</u> ☐ Nasogastr. Sonde ☐ PEG ☐ DK ☐ SPDK ☐ Tracheostoma
<u>Dialysepflichtig (bei Dialyse keine Aufnahme an Dialysetagen, zusätzlich muss die Dialyse gesichert sein und nachmittags stattfinden)</u> ☐ nein ☐ ja, nephrologisch angebunden bei: ☐ seit:
<u>Spezialmedikation</u> ☐ nein ☐ ja (Name des Medikamentes und Dosierung):
Status vor Erkrankung: ☐ Selbständig ☐ eigene Wohnung ☐ alleinlebend ☐ mit Angehörigen ☐ <u>ambulanter Pflegedienst</u> ☐ Grundpflege ☐ Behandlungspflege ☐ <u>Pflegeheim / Senioreneinrichtung</u> ☐ Name der Einrichtung: ☐ <u>betreutes Wohnen:</u>
Mobilität vor Erkrankung: ☐ Bettlägerig ☐ Transfer mit Hilfestellung ☐ Transfer selbständig ☐ mobil: ☐ mit Hilfsmittel ☐ mobil ☐ mit Begleitung ☐ selbständig
Pflegegrad: ☐ ohne ☐ PG1 ☐ PG2 ☐ PG3 ☐ PG4 ☐ PG5 ☐ beantragt am: ☐ Sozialdienst Kontaktdaten:
Angehörige ☐ Name: ☐ Telefonnummer:
Vorsorgevollmacht vorhanden ☐ Nein ☐ Ja: Name: Telefonnummer:

Gesetzliche Betreuung vorhanden ☐ Nein ☐ Ja: Name: Telefonnummer:
Patientenverfügung vorhanden ☐ Nein ☐ Ja ☐ keine Reanimation gewünscht ☐ keine Intubation gewünscht ☐ keine Intensivmedizinische Behandlung gewünscht
Rehamaßnahme innerhalb der letzten 6 Monate ☐ Nein ☐ Ja (Name der Einrichtung und Grund des Aufenthalts)

Keine Übernahme in die Akutgeriatrie bei:

Patienten < 70 Jahre, Tracheostoma, VAC Therapie, fortgeschrittene Demenz, neueingestellte Dialyse oder Verlegung direkt von der Intensivstation.

Bitte fügen Sie diesem Fax Vorbefunde, Erregernachweise, eine vollständige Medikamentenliste, ggf. Verlegungsberichte sowie einen Barthel Index bei.

Bei einer Übernahme bitten wir Sie, die aktuellen Röntgen, CT, MRT Befunde an unsere Klinik zu übermitteln.

Barthel Index

Essen	Unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr	☐ 10
	Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	☐ 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. gewährt wird	☐ 0
Baden	Unabhängig bei Voll-/Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	☐ 5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	☐ 0
Waschen	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen	☐ 5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten, braucht Hilfe	☐ 0
An- und Auskleiden	Unabhängig bei An- und Auskleiden	☐ 10
	Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeiten selbst	☐ 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	☐ 0
Stuhlkontrolle	Selbstständig kontinent	☐ 10
	Selbstständig kontinent, max einmal/Woche inkontinent	☐ 5
	Häufiger/ständig inkontinent	☐ 0
Urinkontrolle	Selbstständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung DK/Cystofix	☐ 10
	Selbstständig kontinent, max einmal/Woche inkontinent	☐ 5
	Häufiger/ständig inkontinent	☐ 0
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit incl. Reinigung	☐ 10
	Benötigt Hilfe z.B. bei Kleidung, Reinigung	☐ 5
	Kann Toilette/Nachtsuhl nicht benutzen	☐ 0
Bett(Rollstuhl)Transfer	Selbstständig ohne fremde Hilfe	☐ 15
	Geringe Hilfe oder Beaufsichtigung erforderlich	☐ 10
	Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel, Liege-Sitz selbstständig	☐ 5
	Nicht möglich	☐ 0
Bewegung, Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen über 50m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	☐ 15
	Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50m weit gehen	☐ 10
	Für Rollstuhlfahrer kann Rollstuhl selbst bedienen, mindestens 50m	☐ 5
	Nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	☐ 0
Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe, mehrere Stufen	☐ 10
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	☐ 5
	Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe keine Treppen steigen	☐ 0
Summe:		