**Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V**

Gesundheit Nordhessen
Krankenhaus Bad Arolsen

Gerikoordination
Große Allee 50, 34454 Bad Arolsen
Tel.: 05691/80077350 Fax: 05691 800209

| **Patientendaten** *(Aufkleber)* | **Anmelder/Einrichtung** |
|---|---|
| **Name, Vorname**<br><br>**geb.** | |
| | **stationär seit** |
| **Krankenkasse** / **Behandlungsart** stationär ☐ teilstationär ☐ | **Kontakt auf Station** |
| **Wahlleistungen** 1-Bett ☐ 2-Bett ☐ Chefarzt ☐ | **Telefon** |
| **Hausarzt** | **Arzt** |

**behandlungsbegründende Diagnosen:**

**weitere relevante Diagnosen:**

| **Operation** | **bei Frakturen** *(bitte Vorbefunde / CD mitgeben)* |
|---|---|
| | ☐ voll belastbar ☐ teilbelastbar ab mit kg |
| **OP-Datum** | ☐ übungsstabil ☐ keine Belastung bis |

**Status vor Erkrankung und Mobilität**

☐ allein lebend
☐ selbständig
☐ eigene Wohnung
☐ mit Angehörigen
hilfsbedürftig
familiäre Versorgung
Pflegedienst:

☐ betreutes Wohnen
☐ Kurzzeitpflege/PH
☐ immobil
☐ Hilfsmittel?
Welche:

**Pflegegrad**

☐ nein
☐ Antrag gestellt
☐ Grad:_____(1-5)

**Kontakt**
**Ansprechpartner:**

☐
☐ Angehöriger
☐ VS-Bevollmächtigter

Telefonnummer/n

# Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

Gesundheit Nordhessen
Krankenhaus Bad Arolsen

**Geriatrie typische Multimorbidität** *(aktuellen Status bitte ankreuzen)*

- ☐ Gebrechlichkeit ☐ Immobilität
- ☐ rezidivierende Stürze/Gangstörung
- ☐ Schwindel/Gleichgewichtsstörung
- ☐ Exsikkose/Elektrolytentgleisung
- ☐ Schmerz ( ☐ akut/ ☐ chronisch)
- ☐ kognitive Defizite/Demenz
- ☐ Delir
- ☐ Depression/Angststörung
- ☐ starke Sehbehinderung
- ☐ verzögerte Rekonvaleszenz
- ☐ Mangel-/Fehlernährung
- ☐ Dekubitus/Wunden
- ☐ Multimedikation ( ≥ 5)
- ☐ Kontinenzprobleme
  ☐ Urin ☐ Stuhl

**die Patientin / der Patient ist aktuell**

- ☐ kooperationsfähig
- ☐ orientiert
- ☐ verwirrt
- ☐ hin-/weglaufgefährdet
- ☐ selbständig gehfähig
- ☐ mit Hilfsperson gehfähig
- ☐ nicht gehfähig
- ☐ Rollstuhlfahrer

**die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim**

- ☐ Essen
- ☐ Waschen
- ☐ Toilettengang
- ☐ Transfer
- ☐ An-/Ausziehen

**Besonderheiten**

- ☐ Sprachstörung
- ☐ Schluckstörung
- ☐ Magensonde / PEG
- ☐ O Tracheostoma
- ☐ Kontrakturen
- ☐ NIV/CPAP-Beatmung
- ☐ $O_2$-Therapie ☐ aktuell ☐ chronisch
- ☐ Stomaversorgung
- ☐ Blasenkatheter
- ☐ Port
- ☐ ZVK
- ☐ Demers/Shaldon Katheter
- ☐ Dialyse
- ☐ Sonstiges _____

**Hygienerelvante Erkrankungen** (Bitte aktuelle Befunde mitschicken. Danke.)

- ☐ Diarrhöe
- ☐ Clostridoides
- ☐ VRE MRSA
- ☐ COVID – 19 Abstrich erfolgt
  ☐ Positiv ☐ Negativ
- ☐ Norovirus
- ☐ _____
  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 / wahnhafte 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