



Anmeldeformular

Johanniter Krankenhaus | Klinik für Geriatrie und Neurologie | CA Prof. Dr. A. H. Jacobs

Kontaktdaten: Johanniter Str. 3-5 | 53113 Bonn | Tel. 0228 543-2207 | Fax. 0228 543-2213

Bitte Patientenadrema aufkleben! Mindest-Informationen: 1. Patientenvor- und -zuname, Geb.-Datum 2. Anschrift des Patienten 3. Einweisende/s Krankenhaus oder Arztpraxis 4. Telefonnummer der Station oder Praxis	Frühestmögliche Anmeldung (Wunschdatum):	<input type="checkbox"/> Station <input type="checkbox"/> Tagesklinik
	Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> beantragt
	Privat 1-Bett <input type="checkbox"/> Privat 2-Bett <input type="checkbox"/>	
	KK/KV:	Hausarzt:

Zwingende Voraussetzung: Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil ... (zutreffendes bitte ankreuzen)

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern.
- Komplikationen / Komorbiditäten bestehen: (z.B. Desorientiertheit/Delir/Demenz/Depression/Wundkomplikationen)
- bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen (z.B. Schmerz, dekompensierte Herzinsuffizienz, Infektionen, etc.).

Status vor Erkrankung (bisheriges soziales Umfeld)

- Selbständig/Wohnung Altenheim/Betreutes Wohnen Altenheim/Pflegebereich
 24-Stundenbetreuung Angehörige / Tel.: _____
rechtliche Betreuung: Ja Name: _____
 Nein Tel.: _____

Diagnosen

Stationär in verlegender Klinik seit: _____

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit weil: _____

Hauptdiagnose: _____

Weitere relevante/n Diagnose/n: _____



Anmeldeformular

Bei Frakturen

OP-Termin: _____ Vollbelastung Ja Nein Teilbelastung wie
lange: _____

Besonderheiten

Isolation Ja Nein Dialyse Ja Nein
Erbrechen Ja Nein Weglauftendenz Ja Nein
Durchfall Ja Nein Aggressivität Ja Nein
Infektionen/MRE (Noro/MRSA/Clost./ESBL/VRE) Ja Nein Bei Ja: Welche? _____
Antibiotika/Chemotherapeutika Ja Nein Bei Ja: Welche? _____
 Nasogastr./Sonde PEG Tracheostoma

Kurzassessment

Funktion/Ausprägung	normal/o.B.	leicht gestört/reduziert	schwer gestört/reduziert	schwerstens gestört/ reduziert
Bett verlassen können (Transfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen können (Sturzneigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege + Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören/Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stempel des Einweisers:

Datum / Unterschrift
des zuweisenden Arztes: _____
(Name in Druckbuchstaben)

Tel.-Nr. für Rückfragen: _____