



Verlegungsantrag Geriatrische Komplexbehandlung

Bitte das ausgefüllte Formular **per FAX** senden an: **02065/97 1380** (dick umrahmte Felder sind **PFLICHTPFELDER!**)

Patientendaten (oder Etikett) Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____ Straße _____ PLZ Ort _____	Voraussetzungen (OPS 8-550): <ul style="list-style-type: none"> • höheres Lebensalter (i.d.R. älter als 70 Jahre) mit alterstypischen Vorerkrankungen • es besteht ein akutmedizinischer Handlungsbedarf (z.B. RR- oder BZ-Einstellung, Elektrolytentgleisung, Volumenkorrektur, Anpassung der Medikation, Delir, Schmerzbehandlung) • positive Rehaprognose • Therapiewunsch / Adhärenz
--	---

Hauptdiagnose	relevante Begleitdiagnosen:
----------------------	------------------------------------

OP-Termin: Vollbelastung Teilbelastung: kg Dauer: Entlastung

Versicherungsstatus (1-/2-Bett-Zimmerwünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt, können jedoch nicht garantiert werden!)

1-Bett 2-Bett Chefarzt-Behandlung GKV PKV zusatzversichert

Hausarzt _____
 • nicht vorhanden/bekannt

Status vor Erkrankung: • Selbstständig/Wohnung • Heim • _____
 Frühreha-begründende Symptome: z.B. Einschränkung von Mobilität (Ausdauer, Treppensteigen, Hand-/ Armgebrauch), Selbstversorgung, häusliches Leben, Teilhabe, ...

Barthel-Index	Punkte	Verzögerte Rekonvaleszenz Monitorpflichtigkeit Inkontinenz	Dekubiti/Wunden Exsikkose/Elektrolytentgleisung Amputationen	Fehl- Mangelernährung ausschließlich soziale Indikation Multimedikation (>5 Präparate)
----------------------	--------	--	--	--

(bitte Bogen anfügen!)

Sonstiges: PEG BDK SPDK Tracheostoma nasogastrale Sonde Dialysepflicht

Isolationspflichtige Erkrankungen? (z. B. MRSA, 3 MRGN, 4 MRGN, VRE, COVID)
 NEIN JA WELCHE:
 Erbrechen Durchfall

Mobilität:
 bettlägerig mit Begleitung nur mit Hilfsmittel eigenständig _____

Status vor Erkrankung:
 selbstständig eigene Wohnung betreutes Wohnen Seniorenwohnheim

gesetzl. Betreuung | **Bevollmächtigter:** NEIN JA **Name:** _____

Pflegegrad: NEIN JA 1 2 3 4 5 beantragt

Angehörige mit Telefonnummer: _____

Verlegung des Patienten bitte nur mit Verlegungsbericht und vollständiger Medikationsliste!

Verlegung bitte zwischen 10-12 Uhr – wir bitten um Information, falls Verspätungen zu erwarten sind!

Gewünschtes Verlegungsdatum
 sofort nicht sofort: _____

Zuständiger Arzt und persönliche Durchwahl:
 (Bitte leserlich in Druckbuchstaben für Rückfragen)

(Datum und Unterschrift)



Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular inkl. Barthel-Index an folgende Abteilung:
Klinik für Geriatrie und Neurogeriatrie, geriatrische Frührehabilitation – Station 3A

Kreuzacker 1-7, 47228 Duisburg
 Faxnummer: 02065/97 1380
 Bei Rückfragen: 02065/97 2701



Bitte das ausgefüllte Formular **per FAX** senden an: **02065/97 1380**

Essen	
• komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG ¹ -Beschickung/-Versorgung	10 <input type="checkbox"/>
• Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung	5 <input type="checkbox"/>
• kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG ² -Ernährung	0 <input type="checkbox"/>
Aufsetzen und Umsetzen	
• komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück	15 <input type="checkbox"/>
• Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10 <input type="checkbox"/>
• erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5 <input type="checkbox"/>
• wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0 <input type="checkbox"/>
Sich waschen	
• vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	
• vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	10 <input type="checkbox"/>
• vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5 <input type="checkbox"/>
• benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0 <input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	
• selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
Aufstehen und Gehen	
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen	15 <input type="checkbox"/>
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen	10 <input type="checkbox"/>
• <u>mit</u> Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <u>alternativ</u> : im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
Treppensteigen	
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- <u>und</u> hinuntersteigen	10 <input type="checkbox"/>
• mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	
• zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus	10 <input type="checkbox"/>
• kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
Stuhkontinenz	
• ist stuhkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder Anus praeter (AP)-Versorgung	10 <input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/(AP)-Versorgung	5 <input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0 <input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	
• ist harnkontinent <u>oder</u> kompensiert seine Harninkontinenz/versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10 <input type="checkbox"/>
• kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5 <input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0 <input type="checkbox"/>

¹ perkutane endoskopische Gastrostomie

² Ernährung durch Magensonde/perkutane endoskopische Gastrostomie

Summe _____