

Patientendaten

**Geeigneter Patient für geriatrische
 Komplexbehandlung:**

- ✓ 70 Jahre oder älter
- ✓ Bestehender akutmedizinischer Handlungsbedarf i.A. Krankenhaus notwendig (Bsp. RR oder BZ-Einstellung, Elektrolytentgleisung, Volumenkorrektur, Anpassung der Medikation, Delir, Schmerzen, etc.)
- ✓ Zu erwartender Therapieerfolg
- ✓ Therapiewunsch / Adhärenz

Hauptdiagnose:

Bei Frakturen OP Termin: Vollbelastung Teilbelastung Dauer: kg:

Relevante Nebendiagnosen:

Versicherungsstatus: 1-Bett 2-Bett GKV PKV

Stationär seit:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | |
|--|---|
| Immobilität / Frailty <input type="checkbox"/> | Verzögerte Rekonvaleszenz <input type="checkbox"/> |
| Schmerzen <input type="checkbox"/> | Fehl- / Mangelernährung <input type="checkbox"/> |
| Stürze/ Schwindel/ Gangstörung <input type="checkbox"/> | Exsikkose / Elektrolytentgleisung <input type="checkbox"/> |
| Kognitive Defizite / Delir / Demenz <input type="checkbox"/> | Inkontinenz <input type="checkbox"/> |
| Ausgeprägte Hör- / Sehbehinderung <input type="checkbox"/> | Multimedikation (> 5) <input type="checkbox"/> |
| Angststörung / Depressionen <input type="checkbox"/> | Dekubiti / Wunden <input type="checkbox"/> |
| Aggressionen (verbal oder tätlich) <input type="checkbox"/> | Monitorpflichtigkeit <input type="checkbox"/> |
| Hinlauffendenzen <input type="checkbox"/> | <u>Ausschließlich</u> soziale Indikation <input type="checkbox"/> |
| Aktuelle Chemo- oder Strahlentherapie <input type="checkbox"/> | Amputationen <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: PEG DK SPDK Tracheostoma nasogastrale Sonde Dialysepflicht

Isolationspflichtige Erkrankungen? (*z.B. MRSA; 3 MRGN; 4 MRGN; VRE*)

Nein Ja Welche: Erbrechen Durchfall

Angehörige mit Telefonnummer :
 Hausarzt :
 Gesetzl. Betreuung / Bevollmächtigter : Nein Ja Name:
 Pflegegrad : Nein Ja I II III IV V Beantragt:
 Pflegedienst oder Heimunterbringung : Nein Ja

Verlegung des Patienten bitte nur mit Verlegungsbericht & vollständiger Medikationsliste!

Verlegungen bitte zwischen 10-12 Uhr
 Wir bitten um Rückmeldung, falls Verspätungen zu erwarten sind

Ihr Stempel

Gewünschtes Verlegungsdatum :

Zuständiger Arzt & persönliche Durchwahl :
 (Bitte leserlich für Rückfragen)

Datum & Unterschrift :

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular, incl. Barthel-Index, an folgende Abteilung:

Klinik für Altersmedizin - Station 3A
 Kreuzacker 1-7 (47228 Duisburg- Rheinhausen)
 Faxnummer 02065 97 1925
 Bei Rückfragen: 02065 97 2701