

Anmeldung zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung

Anmeldender

.....
Name

.....
Telefonnummer für Rückfragen:

Kreiskrankenhaus
Grünstadt
Westring 55
67269 Grünstadt
Geriatrie

Patient

.....
Name Vorname

.....
Geburtsdatum:

.....
Anschrift

.....
Telefonnummer

.....
☐ Einzelzimmer gewünscht

Krankenkasse:

.....
Hausarzt (falls ungleich dem Anmeldenden)

Aktueller Grund für den Antrag

.....
.....
Weitere relevante Erkrankungen:

Vorliegende Geriatrische Syndrome

- | | |
|---|---|
| ☐ Gangstörung | ☐ Stuhlinkontinenz |
| ☐ Sturzgefahr, rezidivierende Stürze | ☐ Harninkontinenz |
| ☐ Kachexie | ☐ Schlafstörung |
| ☐ Urininkontinenz | ☐ Dysphagie |
| ☐ Kognitiver Abbau | ☐ Chronische Schmerzen |

Behandlungsziele. Was soll erreicht werden?

.....
.....
.....

Versorgung

☐ im eigenen Haushalt ☐ bei Angehörigen ☐ 24h-Kraft ☐ im Pflegeheim

Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Mobilität vor der akuten Erkrankung:

Gehen ☐ ohne Hilfsmittel ☐ mit Hilfsmittel.....
 ☐ nur mit personeller Begleitung ☐ Gehen nicht möglich
 ☐ Kann selbst mit dem Rollstuhl fahren ☐ Kann Treppen selbständig steigen
 ☐ Fähr noch Auto ☐ Kann Treppen mit Hilfe steigen
 ☐ Fährt noch Fahrrad ☐ Kann keine Treppen steigen

Bei Frakturen: ☐ Vollbelastung ☐ Teilbelastung ____ kg ☐ Entlastung bis:.....

Selbstversorgung vor der akuten Erkrankung:

Essen: ☐ Selbständig ☐ Mit geringer Hilfen ☐ Nahrung wird angereicht:

Körperpflege: ☐ Selbständig ☐ Mit Hilfe ☐ Wird übernommen

An-, Auskleiden: ☐ Selbständig ☐ Mit Hilfe ☐ Wird übernommen

Toilettengang: ☐ Selbständig ☐ Mit Hilfe ☐ Toilettensstuhl
 ☐ Urininkontinenz/Blasendauerkatheter ☐ Stuhlinkontinenz

Verwirrtheit: ☐ Keine ☐ Gering, zeitweise ☐ Akutes Delir
 ☐ Demenz ☐ Tag-, Nachtrhythmus gestört
 ☐ Weglaufgefährdung

Harnblasenkatheter ☐ Transurethral ☐ Suprapubisch
Sonstiges ☐ Anus präter ☐ PEG ☐ Transnasale Magensonde
 ☐ Sauerstoffpflichtig ☐ Tracheostoma ☐ Dialyse

☐ Sonstiges:.....

Komplikationen: ☐ Wundheilungsstörung ☐ Dekubitus, Grad
 ☐ (Wund-)Infektion:

☐ Multiresistente Erreger, Lokalisation: _____