Asklepios Klinik Seligenstadt
Akutgeriatrie und Geriatrische Frührehabilitation
Dr. med. Tobias Richter
Asklepios Straße 1
63500 Seligenstadt
Tel.: 06182 83 - 8401
Fax: 06182 83 - 8402

Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

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

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		**Pflegegrad**
☐ allein lebend	☐ betreutes Wohnen	☐ nein
☐ selbständig	☐ Kurzzeitpflege/PH	☐ Antrag gestellt
☐ eigene Wohnung	☐ immobil	☐ Grad:_____(1-5)
☐ mit Angehörigen	☐ Hilfsmittel?	
☐ hilfsbedürftig	Welche:	
☐ familiäre Versorgung	_____	
☐ Pflegedienst:	_____	

Kontakt Ansprechpartner:

☐ Angehöriger
☐ VS-Bevollmächtigter
☐ Betreuer

Telefonnummer/n:

_____

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
☐ Tracheostoma
☐ Kontrakturen
☐ NIV/CPAP-Beatmung
☐ O2-Therapie
☐ aktuell ☐ chronisch
☐ Stomaversorgung
☐ Blasenkatheter
☐ Port
☐ ZVK
☐ Demers/Shaldon Katheter
☐ Dialyse
☐ Sonstiges
_____

Hygienerelevante Erkrankungen *(bitte aktuelle Befunde mitschicken)*

☐ Diarrhöe ☐ Clostridoides ☐ Norovirus

☐ VRE ☐ 3 MRGN / Erreger und Lokalisation _____
☐ MRSA ☐ 4 MRGN / Erreger und Lokalisation _____

☐ COVID-19 Abstrich erfolgt
☐ positiv Datum Befund
☐ negativ

☐ 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

_____

_____

BITTE SENDEN AN:

Asklepios Klinik Seligenstadt
Z.Hd. Frau Petra Scheib
Asklepios Straße 1
63500 Seligenstadt
Tel. 06182 83 - 8401
Fax 06182 83 - 8402

Rücksprache *(Name und Telefon)*

Datum Unterschrift des Arztes