

Asklepios Klinik
Nord Heidberg - Ochsenzoll
Abteilung für Geriatrie
Chefarzt Dr. med. Gehrke
Tangstedter Landstraße 400
22417 Hamburg

Patient/Patientin ggf. Aufkleber:

Name, Vorname: _____

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Geb.Datum: _____

Hausärztliche Einweisung:

Verlegung aus Klinik:

Anmeldung zur stationären geriatrischen Weiterbehandlung

Rückfax an: +49 (040) 1818-87 3338

Bei Rückfragen Tel: +49(040) 1818-87 9908 (Hr. Skroblin/Hr. Lühring)

Privat: Ja Nein EZ: Ja Nein

Datum OP/Akutereignis: _____ Verlegung/Einweisung erwünscht ab: _____

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

Ausstehende Diagnostik: _____

Körpergewicht: _____ Größe: _____ Hinlauftendenz? Ja Nein

Außergewöhnliche Medikation? z.B. Chemo, i.v. Antibiose, etc.? () Nein () ja _____

Angemeldet von Klinik /Abteilung/Station: _____

Anmelder (Name /Funktion): _____

Faxnummer: _____

Telefon.-Nr. für Rückfragen: _____

Unterschrift: _____

Ergebnis des geriatrischen Konsils: (wird per Fax zugesendet)

Aufnahme am /wo:

Pat. abgelehnt:

Barthel-Index (adaptiert)		bitte ankreuzen (x)		
		nicht möglich	mit Hilfe/teilweise	Selbst- ständig
1.	Essen und Trinken	(0)	(5)	(10)
2.	Bett/ (Roll-) Stuhltransfer	(0)	(5)	(15)
3.	Waschen	(0)	(5)	(5)
4.	Toilettenbenutzung	(0)	(5)	(10)
5.	Baden/Duschen	(0)	(5)	(15)
6.	Gehen/Rollstuhlfahren auf Flurebene	(0)	(5)	(5)
7.	Treppensteigen	(0)	(5)	(10)
8.	An- und Auskleiden	(0)	(5)	(10)
9.	Stuhlkontrolle	(0)	(5)	(10)
10.	Harnkontrolle	(0)	(5)	(10)
Summe				

Orientierung/Kognition	Pflegestufe vorhanden?	Gesetzliche Betreuung/ Vollmacht	Frakturbelastung
() normal () leicht eingeschränkt () schwer eingeschränkt	() nein Wenn ja –welche_____	() nein () ja Wenn ja -> Wer? _____	() voll () teil, () Entlastung weiter bis _____
Ernährung/Sprechstörung	Respiratorische Probleme	VAC-Versorgung	WK-Fraktur
() Magensonde () PEG () Schluckstörung Logopädie erforderlich () nein () ja Tracheostoma () nein () ja	Heimbeatmungsgerät () nein () ja Welches?_____ O ² -pflichtig? () nein () ja	() nein () ja Dialysepflichtig () nein () ja () chronisch () akut	Pat. darf sitzen () nein () ja Pat. darf stehen () nein () ja Korsettversorgung () nein () ja
	Dekubitus	Durchfallerkrankung	Multiresistenter Keim
	() keiner () Stad. I () Stad. II () Stad. III oder mult.	() nein () ja auf Cl. diff. getestet? () nein () ja Test pos.? () nein () ja auf Noroviren getestet? () nein () ja Test pos.? () nein () ja	() nein () ja Wenn ja -> Welcher? _____ Wo? _____ MRSA Abstriche Erfolgt am _____ () positiv () negativ () nicht kontrolliert