



Anmeldeformular

Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg Akutgeriatrie und Tagesklinik CA PD Dr. med. A. Lukas
Kontaktdaten: Von-Hompesch-Straße 1 53123 Bonn Tel. 0228 6481-515 Fax. 0228 6481-891

Einweisende/s Praxis/KH Bitte Patientenadrema aufkleben! <i>Mindest-Informationen:</i> 1. Patientenvor- und Zuname, Geb.-Datum 2. Anschrift des Patienten 3. Einweisende/s Krankenhaus oder Arztpraxis 4. Telefonnummer der Station oder Praxis	Frühestmögliche Anmeldung für (Wunschdatum):	<input type="checkbox"/> Station <input type="checkbox"/> Tagesklinik
	Chefarztbehandlung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Privat 1-Bett Privat 2-Bett	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	KK/KV:	Pflegestufe: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III

Zwingende Voraussetzung: Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil ... (zutreffendes bitte ankreuzen)

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern.
- Komplikationen / Komorbiditäten bestehen: (z.B. Desorientiertheit/Delir/Demenz/Depression/Wundkomplikationen)
- bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen (z.B. Schmerz, dekompensierte Herzinsuffizienz, Infektionen, etc.).

Status vor Erkrankung (bisheriges soziales Umfeld)

- Selbständig/Wohnung
 Altenheim/Betreutes Wohnen
 Altenheim/Pflegebereich
 24-Stundenbetreuung
rechtliche Betreuung: Nein Ja, Name? _____
 Tel.? _____

Diagnosen

Stationär in verlegender Klinik seit: _____

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit weil: _____

Hauptdiagnose: _____

Weitere relevante/n Diagnose/n: _____



Anmeldeformular

Bei Frakturen

OP-Termin: _____ Vollbelastung Ja Nein Teilbelastung wie lange: _____

Besonderheiten

Erbrechen Ja Nein Weglauftendenz Ja Nein
 Durchfall Ja Nein Aggressivität Ja Nein
 Infektionen/MRE (Noro/MRSA/Clost./ESBL/VRE) Ja Nein Bei Ja: Welche? _____
 Antibiotika/Chemotherapeutika Ja Nein Bei Ja: Welche? _____
 Nasogastr./Sonde PEG Tracheostoma Dialyse

Kurzassessment

Funktion/Ausprägung	normal/o.B.	leicht gestört/reduziert	schwer gestört/reduziert	schwerstens gestört/ reduziert
Bett verlassen können (Transfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen können (Sturzneigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege + Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören/Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Daum und Unterschrift des zuweisenden Arztes: _____

(Name in Druckbuchstaben)

Telefon-Nr. für Rückfragen: _____