



## Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

<b>Patientendaten (Aufkleber)</b>		<b>Anmelder/Einrichtung</b>	
Name, Vorname		stationär seit	
geb.			
Krankenkasse	Behandlungsart	stationär <input type="checkbox"/>	Kontakt auf Station
		teilstationär <input type="checkbox"/>	
Wahlleistungen	1-Bett <input type="checkbox"/>	Chefarzt <input type="checkbox"/>	Telefon _____
	2-Bett <input type="checkbox"/>		Arzt _____
Hausarzt			

behandlungsbegründende Diagnosen:

weitere relevante Diagnosen:

<b>Operation</b>	<b>bei Frakturen</b> <i>(bitte Vorbefunde / CD mitgeben)</i>		
OP-Datum	<input type="checkbox"/> voll belastbar	<input type="checkbox"/> teilbelastbar ab	mit _____ kg
	<input type="checkbox"/> übungstabil	<input type="checkbox"/> keine Belastung bis	

<b>Status vor Erkrankung und Mobilität</b> <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/PH <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> immobil <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> hilfsbedürftig      Welche: <input type="checkbox"/> familiäre Versorgung _____ <input type="checkbox"/> Pflegedienst: _____	<b>Pflegegrad</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt <input type="checkbox"/> Grad: _____ (1-5)
--	--

<b>Kontakt Ansprechpartner:</b> <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> VS-Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Betreuer	Telefonnummer/n: _____
--	---------------------------

**Geriatric typische Multimorbidität** (aktuellen Status bitte ankreuzen)

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit                   | <input type="checkbox"/> Immobilität                             | <input type="checkbox"/> kognitive Defizite/Demenz | <input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung |
| <input type="checkbox"/> rezidivierende Stürze/Gangstörung | <input type="checkbox"/> Delir                                   | <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung   | <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden      |
| <input type="checkbox"/> Schwindel/Gleichgewichtsstörung   | <input type="checkbox"/> starke Sehbehinderung                   | <input type="checkbox"/> Kontinenzprobleme         | <input type="checkbox"/> Multimedikation (≥ 5) |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung   | <input type="checkbox"/> verzögerte Rekonvaleszenz               | <input type="checkbox"/> Urin                      | <input type="checkbox"/> Stuhl                 |
| <input type="checkbox"/> Schmerz                           | <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch |  |  |

**die Patientin / der Patient ist aktuell**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kooperationsfähig     | <input type="checkbox"/> selbständig gehfähig     |
| <input type="checkbox"/> orientiert            | <input type="checkbox"/> mit Hilfsperson gehfähig |
| <input type="checkbox"/> verwirrt              | <input type="checkbox"/> nicht gehfähig           |
| <input type="checkbox"/> hin-/weglaufgefährdet | <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer          |

**die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essen         | <input type="checkbox"/> Transfer      |
| <input type="checkbox"/> Waschen       | <input type="checkbox"/> An-/Ausziehen |
| <input type="checkbox"/> Toilettengang |  |

**Besonderheiten**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung    | <input type="checkbox"/> Kontrakturen                               | <input type="checkbox"/> Stomaversorgung | <input type="checkbox"/> Demers/Shaldon Katheter |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung   | <input type="checkbox"/> NIV/CPAP-Beatmung                          | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter  | <input type="checkbox"/> Dialyse                 |
| <input type="checkbox"/> Magensonde / PEG | <input type="checkbox"/> O2-Therapie                                | <input type="checkbox"/> Port            | <input type="checkbox"/> Sonstiges               |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma     | <input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> chronisch | <input type="checkbox"/> ZVK             | _____  |

**Hygienerrelevante 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  negativ Datum Befund \_\_\_\_\_
- 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 / wahnhaftige Symptome / Weglauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust)
- \_\_\_\_\_

- bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen (bitte Erkrankung anführen):
- \_\_\_\_\_

**Weitere Bemerkungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rücksprache (Name und Telefon)

Datum

Unterschrift des Arztes