Allgemeines Krankenhaus Celle
Klinik für Geriatrie | Kommissarische Leitung: Ltd. Oberärztin Joanna Menzel

Anmeldeformular Geriatrie

Faxnummer: 05141 72-2378
E-Mail: geriatrie@akh-celle.de

Patientendaten Absender

Datum: Arzt:
Station: Tel:

GKV Patient ☐ Privatpatient ☐ Privat 1 Bett ☐ Privat 2 Bett ☐ mit CA ☐ ohne CA ☐

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:	
Weitere relevante Diagnosen:	

Bei Fraktur: OP Datum: voll belastbar ☐ Teilbelastung ☐ kg bis voraussichtlich:

Geriatrische Multimorbidität (zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Rez. Stürze,Schwindel, Gangstörung	☐ Dekubitus/Wunden	☐ chronische Schmerzen
☐ Kognitive Defizite, Delir, Demenz	☐ Frailty /Gebrechlichkeit	☐ starke Seh- /Hörminderung
☐ Depression/Angststörung	☐ Exsikkose/Elektrolytstörung	☐ Multimedikation (>5)
☐ Inkontinenz (Urin/Stuhl)	☐ Mangel-/Fehlernährung	☐ rez. Krankenhausaufenthalte

Weglauftendenz ☐ **Aggressivität** ☐ **Diarrhoen** ☐ **Iso Notwendigkeit** ☐

Infektionen (Clostridien, Noro-/Rota – Viren, 4 MRGN, 3 MRGN, VRE, CoV-2 etc.)
☐ **Nein** ☐ **Ja, nämlich:** **Antibiotikatherapie mit**

MRSA **Abstrich erfolgt** ☐ **ausstehend** ☐ **Besiedelung nachgewiesen** ☐ ▶ **Lokalisation:**

Dialysepflichtig ☐ **Nein** ☐ **Ja**

Wunden ☐ **Nein** ☐ **Ja** ▶ **Lokalisation/ Grad und Ausmaß:**
PEG ☐ **Nasogastrale Sonde** ☐ **DK** ☐ **SPDK** ☐ **Tracheostoma** ☐ **Nephrostoma** ☐

Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil:
☐ **bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen (bitte Erkrankung anführen)**

☐ **Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern**
☐ **Komplikationen bestehen: (z. B. Desorientiertheit/ Demenz/ Depression/ wahnhafte Symptomatik/ Weglauftendenz/ Wundkomplikationen/ Sehverlust/ Hörverlust**

Mobilität / Stabilität aktuell:
Bettlägerig ☐ Transfer mit Hilfe ☐ Transfer selbständig ☐ mobil mit Hilfsmittel ☐ mobil mit Begleitung ☐ selbständig ☐

Welches Therapieziel soll erreicht werden?

☐ Verbesserung der Mobilität / Sturzprävention	☐ Optimieren der Akuttherapie
☐ Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit	☐ Abklärung geriatrischer Symptome
☐ Steigerung der Alltagskompetenz	☐ Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
☐ Verkürzen vollstationärer Behandlung	

Sonstiges Behandlungsziel (bitte beschreiben):

Status vor Erkrankung:

☐ Selbständig/ eigene Wohnung ► alleine ☐ mit Angehörigen ☐

☐ Pflegeheim / Senioreneinrichtung ► Name der Einrichtung:

☐ betreutes Wohnen ☐ ohne festen Wohnsitz ☐ Sonstiges:

Mobilität / Stabilität (vor Erkrankung)

Bettlägerig ☐ Transfer mit Hilfe ☐ Transfer selbständig ☐ mobil mit Hilfsmittel ☐ mobil mit Begleitung ☐ selbständig ☐

Pflegegrad: ► ohne ☐ PG1 ☐ PG2 ☐ PG3 ☐ PG4 ☐ PG5 ☐ beantragt am:

Angehörige / Bezugsperson ► Name : Tel:

Vollmachten vorhanden nein ☐ ja ☐

Vollmachtnehmer/in ► Name: Tel:

Gesetzliche Betreuung ► beantragt am: AZ:

☐ nicht vorhanden

☐ bereits vorhanden ► Name des Betreuers/in: Tel:

Frühreha / geriatrische Komplexbehandlung in den letzten 6 Monaten? ☐ Nein ☐ Ja, nämlich:

Wurde bereits eine AHB / Reha-Maßnahme beantragt? ☐ Nein ☐ Ja, nämlich:
(bitte Klinik und Kostenträger nennen)

Anmeldung für:

Akut Geriatrie ☐ Geriatrische Frührehabilitation ☐

Bitte füllen Sie das Formular möglichst vollständig aus!

Bitte fügen Sie Vorbefunde, eine vollständige Medikamentenliste ggf. Verlegungsberichte, sowie eine Pflegeüberleitung diesem Fax anbei.

Allgemeines Krankenhaus Celle

Klinik für Geriatrie | Kommissarische Leitung: Ltd. Oberärztin Joanna Menzel

Anmeldeformular Geriatrie

Faxnummer: 05141 72-2378

E-Mail: geriatrie@akh-celle.de

ALLGEMEINES KRANKENHAUS CELLE