

# Anmeldebogen zur stationären Akutgeriatrie

|   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Universitätsklinik und Poliklinik für Altersmedizin (UKH) | Fax: 0345/ 557 7134<br><a href="mailto:Aufnahme-Geriatrie@uk-halle.de">Aufnahme-Geriatrie@uk-halle.de</a>                               |
| <input type="radio"/> Klinik für Geriatrie, Diakoniekrankenhaus, Halle          | Fax: 0345/ 778 6442<br><a href="mailto:bettenmanagement@diakoniekrankenhaus-halle.de">bettenmanagement@diakoniekrankenhaus-halle.de</a> |

|   |   |  |
|---|---|--|
| Name<br>Vorname<br>Geb.datum<br>Adresse<br><br>KK/VersicherungsNo | Aktueller Aufenthalt  | <input type="radio"/> Zu Hause<br><input type="radio"/> Pflegeeinrichtung<br><input type="radio"/> Stationär seit: _____ |
|   | Hausarzt/ärztin   |  |
|   | Ansprechpartner<br><input type="radio"/> Angehörige<br><input type="radio"/> BetreuerIn<br><input type="radio"/> VSBevollmächtigter |  |

|                 |
|-----------------|
| Hauptdiagnose:  |
| Nebendiagnosen: |

| Status vor der Erkrankung  |  |   |                                      |  |                         |
|--|--|---|--------------------------------------|--|-------------------------|
| <input type="radio"/> Allein lebend  | <input type="radio"/> selbstständig          | <input type="radio"/> eigene Wohnung      | <input type="radio"/> Kurzzeitpflege | <input type="radio"/> Fam. Unterstützung |                         |
| <input type="radio"/> Mit Angehörigen  | <input type="radio"/> hilfsbedürftig         | <input type="radio"/> betreutes Wohnen    | <input type="radio"/> Pflegeheim     | <input type="radio"/> Pflegedienst       |                         |
| <input type="radio"/> bettlägerig  | <input type="radio"/> mit Hilfsmitteln mobil | <input type="radio"/> selbstständig mobil |                                      |  |                         |
| Pflegegrad   |  |   |                                      |  |                         |
| <input type="radio"/> Nein   | <input type="radio"/> 1                      | <input type="radio"/> 2                   | <input type="radio"/> 3              | <input type="radio"/> 4                  | <input type="radio"/> 5 |
| <input type="radio"/> beantragt  |  |   |                                      |  |                         |
| Aktuelle Erreger   |  |   |                                      |  |                         |
| <input type="radio"/> 3 MRGN   | <input type="radio"/> VRE                    | <input type="radio"/> Clostridien         |                                      | <input type="radio"/> Influenza          |                         |
| <input type="radio"/> 4 MRGN   | <input type="radio"/> MRSA                   | <input type="radio"/> Noro/Adenovirus     |                                      | <input type="radio"/> Covid 19           |                         |
| <input type="radio"/> ESBL   | <input type="radio"/> Sonstige:              |   |                                      |  |                         |
| Besonderheiten   |  |   |                                      |  |                         |
| <input type="radio"/> PEG  | <input type="radio"/> Nasogastrale Sonde     | <input type="radio"/> Kontrakturen        | <input type="radio"/> Dialyse        |  |                         |
| <input type="radio"/> Tracheostoma   | <input type="radio"/> Zentraler Zugang       | <input type="radio"/> Stomaversorgung     | <input type="radio"/> Sonstiges      |  |                         |
| <input type="radio"/> Keine Suizidalität*  | <input type="radio"/> Keine Hinlauftendenz*  | *Pflichtfeld, ggf. unten spezifizieren    |                                      |  |                         |
| Medikamente (inklusive Insulin und i.v.-Gaben), ggf Medikationsliste anbei zu schicken |  |   |                                      |  |                         |
|  |  |   |                                      |  |                         |

# Anmeldebogen zur stationären Akutgeriatrie

| Akutmedizinischer Handlungsbedarf (nur Zutreffendes auswählen)  | Ja | Nein |
|---|----|------|
| Zu Zeit, Ort, Person und Situation orientiert?  |    |      |
| - Wenn nein: Symptomatik neu aufgetreten (Delir)?   |    |      |
| Anweisungsverständnis vorhanden?  |    |      |
| Akute Schmerzexazerbation mit Mobilitätseinschränkung   |    |      |
| Akute Dyspnoe und/oder Unterschenkelödeme   |    |      |
| - Ruhedyspnoe   |    |      |
| - Sauerstoffbedarf*   |    |      |
| - Beatmungsgerät (NIV/CPAP etc.)*   |    |      |
| Infektkonstellation mit sicheren Fokus*   |    |      |
| Infektkonstellation unklarer Fokus*   |    |      |
| Laufende i.v. Antibiose*  |    |      |
| Neu aufgetretene neurologische Defizite (z. Bsp. Akuter Schlaganfall, akute Verschlechterung eines Parkinsons, periphere Paresen) |    |      |
| Nierenwertverschlechterung (GFR <30ml/Min und mind. um 15 ml/Min verschlechtert)  |    |      |
| Elektrolytentgleisungen   |    |      |
| Entgleisung Blutdruck und/oder Diabetes mellitus über mind. 3 Tage  |    |      |
| Dysphagie / Schluckstörung  |    |      |
| Dekubitus*  |    |      |
| Sturz   |    |      |
| Nach OP: Vollbelastung möglich?   |    |      |
| Nach OP: Teilbelastung möglich?*  |    |      |
| <b>Einverständnis des Pat. über weitere 15-tägige stationäre Behandlung? (Pflichtfeld)</b>  |    |      |

\*bitte bei Bemerkungen detaillieren

**Bemerkungen:** komplikativer Verlauf? Wundheilungsstörung? Ggf. spezifische Tumortherapie detaillieren (Radiatio/Chemotherapie), Art/Grad Dekubitus? Ggf. weitere Befunde anhängen.

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Gewünschtes Aufnahmedatum: | Arzt/Ärztin (inklusive Telefonnummer): |
|----------------------------|--|

Kontakt für Rückfragen und Terminabsprache (inklusive Telefonnummer & Klinikstempel):

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Nur vollständig ausgefüllte Formulare werden bearbeitet.**

**Übernahme nur mit aktuellem Arztbrief, Medikamentenplan, Chipkarte, CT/Rö/MRT-Bilder auf CD, Laborbefunde.**