

## FM Anfrage zur Aufnahme Klinik für Geriatrie

E-Mail: a.kremer@kmg-kliniken.de

Telefon: 03843 34 2757

Kontaktdaten verlegende Klinik / Einweiser mit Ansprechpartner und Telefonnummer
--

Patientenaufkleber/ Stammdaten
-----------------------------------

### Sozialdaten:

Gesetzl. Betreuung/Vollmacht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wer: Telefon:
Angehörige	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wer: Telefon:
Patientenverfügung DNR/DNI	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

### Status vor Aufnahme:

Mobilität / Hilfsmittel	Häusliche Versorgung	Pflegegrad
<input type="checkbox"/> gehfähig <input type="checkbox"/> nicht gehfähig	<input type="checkbox"/> selbstversorgend <input type="checkbox"/> mit Unterstützung Familie <input type="checkbox"/> mit Unterstützung Pflegedienst	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Antrag / Höherstufung
Hilfsmittel <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Unterarmgehstütze /Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl	Wohnform <input type="checkbox"/> eigene Wohnung /Haus <input type="checkbox"/> betreutes / seniorengerechtes Wohnen <input type="checkbox"/> 24-Stunden Pflege <input type="checkbox"/> Altenpflegeheim	Versicherung: <input type="checkbox"/> Wahlleistung <input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung

### Checkliste Anfrage

Hauptdiagnose	
Operation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche wann
Vollbelastung / Teilbelastung	Wenn TB, wie lange und mit welchem Hilfsmittel
Aktuelle Mobilität postoperativ	<input type="checkbox"/> Bettlägerig, max. Bettkante <input type="checkbox"/> Stand frei oder <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Gehen: <input type="checkbox"/> Zimmerebene <input type="checkbox"/> Flur (Angabe in Metern)
Wunden	OP-Wunde: <input type="checkbox"/> trocken und reizlos <input type="checkbox"/> sezernierend / entzündet Decubitus: <input type="checkbox"/> ja (Lokalisation und Gradeinteilung) <input type="checkbox"/> nein
Kognition	Kognitive Defizite/Demenz bekannt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Delir <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (durchgeführte Behandlungsmaßnahmen)

Barthel-Index	Aktuell, nicht älter als 48 Stunden
---------------	-------------------------------------

### Ergänzende Information

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen	Komplikationen (Delir, Infekte, kardiale Dekompensation etc.) Multimorbidität (Vorerkrankungen) Körperliche Einschränkungen (Hemiparese, PNP, Amputation etc.) Dialysebedarf
Medikationsplan	Bei KH-Aufnahme Bei Verlegung
Ausführliche Epikrise	Bisheriger Verlauf Geplantes Verlegungsdatum
Rehabilitation	Beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein