



# Anmeldung zur stationären, geriatrischen Behandlung

## Patient

Name, Vorname .....

Anschrift .....

Geburtsdatum .....

Versicherung .....

Angehörige/Telefon .....

## Einweiser

Ärztin/Arzt/Klinik .....

.....

Telefonnummer für Rückfragen/Terminvereinbarung .....

Faxnummer .....

(Bei Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt ist die Ausstellung einer Krankenseinweisung notwendig. Es handelt sich um einen akut-medizinischen Krankenhausaufenthalt, nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme.)

Aktuell behandlungbedürftige Hauptdiagnose .....

.....

.....

.....

Relevante Nebendiagnosen .....

.....

.....

.....

Ziel der geriatrischen Behandlung .....

.....

.....

.....

## Aktueller Status

<b>Gesetzliche Betreuung/Vorsorgevollmacht</b>	
<input type="checkbox"/> Vorhanden, Kontaktdaten ..... <input type="checkbox"/> Unklar	
<b>Patientenverfügung</b>	<input type="checkbox"/> Vorhanden <input type="checkbox"/> Unklar
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Unklar
<b>Kognition</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Leicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> Schwer eingeschränkt <input type="checkbox"/> Weglauftendenz <input type="checkbox"/> Delir
<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/> Selbstständig mobil <input type="checkbox"/> Rollstuhlmobil <input type="checkbox"/> Bettlägerig
<b>Ernährung</b>	<input type="checkbox"/> Unbeeinträchtigt <input type="checkbox"/> Dysphagie <input type="checkbox"/> PEG/Nasogastrale Sonde
<b>Bei Fraktur</b>	<input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung bis ..... kg <input type="checkbox"/> Entlastung
<b>Wunden</b>	<input type="checkbox"/> Lokalisation ..... <input type="checkbox"/> Dekubitus, Grad ..... <input type="checkbox"/> Antidekubitussystem erforderlich
<b>Mikrobiologie</b>	<input type="checkbox"/> Isolation erforderlich bei ..... <input type="checkbox"/> MRSA, MRGN, VRE negativ <input type="checkbox"/> Keine Abstriche erfolgt
<b>Besonderheiten</b> .....	

## Aktueller Barthel-Index

	Nicht möglich	Mit Hilfe, teilweise selbstständig	Selbstständig
Essen und Trinken	0	5	10
Waschen	0	5	10
Baden/Duschen	0	5	10
Toilettenbenutzung	0	5	10
An- und Auskleiden	0	5	10
Stuhlkontrolle	0	5	10
Harnkontrolle	0	5	10
Bett/(Roll)Stuhl-Transfer	0	5	10
Gehen auf Flurebene	0	5	10
Treppensteigen	0	5	10
Summe			

Klinikum Merzig gGmbH  
 Geriatrie  
 Telefon +49(0)6861/705-1200  
 Fax +49(0)6861/705-1686  
 casemanagement@mzg.shg-klinikum.de  
 www.mzg.shg-kliniken.de