

SRH Klinikum Burgenlandkreis GmbH
Klinik für Geriatrie Zeitz
Chefärztin Dr. med. A. Knispel
Lindenallee 1
06712 Zeitz

Absender/Stempel der verlegenden Klinik

Tel.: 03441 201-4301
Fax: 03441 201-4309

Ansprechpartner Ihrer Klinik

Arzt:

Telefon:

Sozialdienst:

Telefon:

Anmeldung zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung Klinik für Geriatrie Zeitz

Name: Vorname:

Geboren am: Familienstand:

Anschrift:

Angehörige:

Die **Verlegung** ist vorgesehen am:

Hauptdiagnose:

.....

Nebendiagnosen:

.....

.....

Infektionen/Keime (Isolationspflicht):

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ MRSA | ☐ Rotaviren |
| ☐ 3MRGN | ☐ Noroviren |
| ☐ 4MRGN | ☐ Clostridien |
| ☐ VRE | ☐ Covid-19 |
| ☐ keine bekannt | ☐ andere |

Akutereignis am: Datum der OP:

OP-Verfahren:

Bei Frakturen/Gelenkersatzoperationen ist die Extremität

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ vollbelastbar | ☐ nicht belastbar |
| ☐ mit einer Teilbelastung von kg belastbar bis zum | |

Verwendete Hilfsmittel:

Angaben zur Kognition/Psychie – ist der Patient/die Patientin

- | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|
| ☐ orientiert | ☐ teilweise desorientiert | ☐ desorientiert |
| ☐ ängstlich | ☐ aggressiv | ☐ antriebsarm |
| ☐ depressiv | ☐ unruhig | |
| ☐ kooperativ | ☐ motiviert | |

Barthel- Index vom:**Punkte**

Bisherige Versorgung

- | | |
|---|--|
| ☐ im eigenen Haushalt | ☐ alleinlebend |
| ☐ bei Angehörigen | ☐ Hilfe durch Pflegedienst |
| ☐ betreutes Wohnen | ☐ Pflegeheim |

Ziel zur Entlassung

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ Rückkehr in gewohntes Umfeld | ☐ zu Angehörigen |
| ☐ Kurzzeitpflege | ☐ Pflegeheim |

Leistungen der Pflegeversicherung

- | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ☐ PG 1 | ☐ PG 2 | ☐ PG 3 | ☐ PG 4 | ☐ PG 5 |
| ☐ bisher kein Pflegegrad | | | | |
| ☐ Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad wurde beantragt | | | | |

Geriatritypische Multimorbidität

- | | |
|---|---|
| ☐ Gebrechlichkeit/Immobilität | ☐ kognitive Defizite |
| ☐ Rezidivierende Stürze/Gangstörung | ☐ Delir |
| ☐ Schwindel | ☐ Depression/Angst |
| ☐ Exsikkose | ☐ starke Seh/Hörminderung |
| ☐ Schmerz akut ☐ chronisch ☐ | |
| ☐ Verzögerte Rekonvaleszenz | ☐ Multimedikation |
| ☐ Mangel/Fehlernährung | ☐ Dekubitus/Wunden |
| ☐ Harninkontinenz | ☐ Stuhlinkontinenz |

Es besteht keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehabilitationsklinik nach § 40 SGB V, weil

- ☐ die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- ☐ eine Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit vorliegen
- ☐ Komplikationen bestehen z. B. Desorientiertheit, wahnhaftige Symptome, Weglauftendenz, Wundkomplikationen usw.
- ☐ Begleiterkrankungen vorliegen, die einer weiteren akutmedizinischen Behandlung bedürfen