



EV. KRANKENHAUS CASTROP-RAUXEL

Klinik für Innere Medizin und Altersmedizin
Grutholzallee 21, 44575 Castrop-Rauxel

☎ 02305 102 2371 - FAX: 02305 102 2441

Chefarzt Herr Christoph Schildger

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie
Zusatzbezeichnung Geriatrie

(Patientenaufkleber)

Falls Patient privat versichert ist,
bitte um Angabe, ob 1- oder 2-Bett

Wie versichert !!!

Wichtig für unsere Bettenplanung !!!

Anfrage zur geriatrischen Auf-/Übernahme

Aktuelle Erkrankung

.....
.....
.....

Status

- ☐ wenn Privat, 1 Bett + CA
☐ wenn Privat, 2 Bett + CA

besondere Maßnahmen

- ☐ Iso wegen MRSA, Norovirus, Covid,
4MRGN, Influenza, etc.

Abklärung geriatrischer Syndrome

- ☐ Sturz/Gangstörung
☐ Immobilisationssyndrom
☐ Dekubitus-/Wundversorgung
☐ Chronisches Schmerzsyndrom
☐ Schwindel/Synkope
☐ Inkontinenz
☐ Demenz/Verwirrtheitssyndrome
☐ Hinlauftendenz
☐ Malnutrition/Indikationsprüfung PEG
☐ Schluckstörung
☐ Adipositas (Körpergewicht kg)

Option geriatrische Frührehabilitation (GFK)

- ☐ nach Insult
☐ nach Sturz
☐ nach operativem Eingriff
☐ nach kardialer Dekompensation
☐ nach
☐ es besteht eine volle Belastungsstabilität
☐ es besteht eine Teilbelastung von%
☐ Pat. ist für Reha ausreichend **motiviert**

Voraussetzung geriatr. Komplexbehandlung (GFK):

- i.d.R. > 70 Jahre mit alterstypischen Vorerkrankungen
- es besteht ein akutmedizinischer Handlungsbedarf (z.B. RR-Einstellung, E-lyt-Entgleisung, Volumenkorrektur, Schmerzbehandlung, Medikamentenanpassung)
- positive Reha-Prognose
- Therapiewunsch/Adhärenz

Patientenspezifische Bedingungen

Kognitive Defizite

- ☐ passagere Verwirrtheit
☐ Orientierungsstörung
☐ Störung der Auffassung/Umsetzung
☐ psychomotorische Unruhe

Neurologische Defizite

- ☐ Paresen/Lokalisation:
☐ Sprach/Sprechstörungen
☐ Dysphagie

Funktionelle Defizite

- ☐ bettlägerig
☐ sitzstabil
☐ gehfähig
☐ liegende PEG
☐ Amputationen
☐ O2- Versorgung

Grad der Selbständigkeit

Barthel-Index:Punkte

Unterstützungssysteme/Sozialstatus

Pflegegrad :.....

Pflegedienste:

Angestrebter Lebensraum

- ☐ eigene Wohnung
☐ Seniorenheim
☐ unklar

Datum

Name und Tel.-Durchwahl des
behandelnden Arztes

Ihr-Stempel der Einrichtung

Tel.-Nr./ Fax (bitte leserlich!!!!)