

Konsil zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung- Geriatrie

Tel.:02305-102-2371

Fax:02305-102-2441

Patient(in) Krankenkasse

Bitte ankreuzen

Privat versichert:

Formular zur Übernahme in die geriatrische Komplexbehandlung:

Bitte **vollständig** und **sorgfältig** ausfüllen!

Aufnahmezeiten bei uns **zwingend** in der Zeit von **10:00 Uhr bis 11:00 Uhr**

Anmeldende Klinik und Abteilung: _____

Rufnummer der verlegenden Station mit Vorwahl: _____

Direktwahl des verlegenden Arztes: _____

Anmeldende Praxis mit Rufnummer: _____

Patient/Betreuer ist mit einer Frühreha (Dauer ca. 18 Tage) einverstanden? Ja Nein

Barthel-Index: _____ Punkte

Betreuung: ja nein

Vorsorgevollmacht: ja nein

Patientenverfügung: ja nein

Name und Telefonnummer des Betreuers: _____

Name und Telefonnummer der nächsten Angehörigen _____

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnose: _____

Bitte zusätzlich Labor und letzten Röntgenbefund mit faxen !

Begründung einer stationären frührehabilitativen Behandlung

Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit oder ambulante Rehafähigkeit bei noch akutem medizinischem Handlungsbedarf:

Instabile Vitalparameter ja nein

Kardiale Dekompensation ja nein

Pleuraergüsse ja nein

Anasarka ja nein

Niereninsuffizienz akut auf chronisch ja nein

Delir ja nein

Dateiname: KHG-FO Übernahme in die geriatrische Komplexbehandlung (10-0)

Erstellt: M. Prediger (Liaisondienst)

Freigabe: Dr. Gespers (CA Altersmedizin)

Seite: 1 von 2

Erstelldatum: 17.10.2024

Freigabedatum: 17.10.2024

Alle Geschlechter sind gleichberechtigt – aus Gründen der Lesbarkeit wird in der Regel nur eine Form verwendet.

– Ausdruck unterliegt nicht dem Änderungsdienst –

02 Patientenversorgung- Konsile

gültig für: Ev. Krankenhausgemeinschaft Herne | Castrop-Rauxel

Wunden mit tgl. Versorgungsbedarf ja nein
BZ Entgleisung ja nein
Infekt ja nein
Pneumonie ja nein
Exacerbation COPD ja nein
Kachexie/Sarkopenie (BMI <20) ja nein
Durchfall Erbrechen Exsikkose Elektrolytentgleisung

Andere: _____

Dekubitus: Stadium: _____ Grösse: _____ Lokalisation: _____

Vor dem Krankenhausaufenthalt:

Patient/-in wohnt alleine? ja nein
mit Ehepartner/-in ja nein
mit Familie ja nein
Pflegegrad ja nein Grad: _____
Pflegedienst ja nein
lebt in einem Heim ja nein
Patient/-in war mobil ja nein
Hilfsmittel ja nein welche? _____
Orientierung ja nein
Patient hat
PEG ja nein
Stoma ja nein
Tracheostoma ja nein
O2 Bedarf ja Liter: _____

Dialyse ja nein

Aktuell

Aktuelles Gewicht: _____ Kilogramm
Patient/-in kann Transfer alleine ja nein
Patient/-in kann sitzen ja nein
Patient/-in kann stehen ja nein
Patient/-in kann gehen ja nein wie weit? _____
Patient/-in kann alleine essen ja nein
Patient/-in ist aggressiv / unruhig ja nein

Covid Abstrich: ja nein Befund
MRSA: ja nein Befund
Clostridien: ja nein Befund