Sana Klinikum Hameln-Pyrmont | St. Maur-Platz 1 | 31785 Hameln

**Dr. Marcus Büscher**

Chefarzt Geriatrie

Fax: 05151 973655

Station: 05151 973651

E-Mail: [marcus.büscher@sana.de](mailto:marcus.büscher@sana.de)

Anmeldung Geriatrie

Anmelder

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenhaus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Angehörige Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Verlegung möglich ab: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wahlleistung: Chefarztbehandlung:  Ja  Nein 1 Bett-Zimmer:  Ja  Nein

Diagnosen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Folgende Kriterien bitte vorab prüfen:* ***Teilbelastung****: Nur, wenn diese vom Patienten umgesetzt bzw. eine Überschreitung notfalls medizinisch toleriert werden kann.*

***Tumorerkrankung****; Keine Hospiz- bzw. reine Palliativindikation. Aufnahme nur bei fehelender Aggressivität und Weglauftendenz.* ***Bitte beachten****: Patienten unter 60 Jahren können nicht in eine geriatrische Behandlung aufgenommen werden (Urteil des Bundessozialministeriums)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Körpergewicht:** |  |  | |  | | |
| **Bewusstsein** | Wach | Vigilanzstörung | | Koma | | |
| **Kognitiver Status** | o.B. | Verwirrt | | Aggressiv | | |
| **Aphasie, Dysarthrie** | Wach | Ja | |  | | |
| **Dauerkatheter** | Nein | Transurethral | | SPDK | | |
| **Dekubitus / Wunden** | Nein | Ja | |  | | |
| **MRSA / MRE** | Nein | MRSA | | MRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Körperlich belastbar** | Voll | Reduziert | |  | | |
| **Osteosynthese/TEP** | Voll | Nicht belastbar | | Teilbelastbar kg für Wochen | | |
| **Barthel-Index (aktuell)** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Bitte [x] ankreuzen | | |
|  | | | **Nicht möglich** | | **Mit Hilfe** | **Selbstständig** |
| **Essen und trinken** | | | 0 | | 5 | 10 |
| **Umsteigen aus dem Bett in den Rollstuhl und zurück** | | | 0 | | 5 | 15 |
| **Persönliche Pflege** | | | 0 | | 0 | 5 |
| **Benutzung der Toilette** | | | 0 | | 5 | 10 |
| **Baden / Duschen** | | | 0 | | 0 | 5 |
| **Gehen aus ebenem Grund** | | | 0 | | 10 | 15 |
| **Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund** | | | 0 | | 0 | 5 |
| **Treppen auf- und absteigen** | | | 0 | | 5 | 10 |
| **An- und ausziehen** | | | 0 | | 5 | 10 |
| **Stuhlkontrolle** | | | 0 | | 5 | 10 |
| **Harnkontrolle** | | | 0 | | 5 | 10 |

Datum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_