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

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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_