Verlegungsantragsformular zur geriatrischen Behandlung

Helios Klinik Duisburg Homberg

Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation

Chefarzt: Dr. med. Friedhelm Caspers M.A.

Sekretariat: Fr. Schlüter

Johannistr. 21, 47198 Duisburg

**Telefon: 02066/291855**

**Fax: 02066/291899**

**email: elke.schlueter@helios-gesundheit.de**

**Antrag zur Aufnahme in die Geriatrie**

Alle Felder sind Pflichtfelder. Bitte den vollständig ausgefüllten Bogen an die o.g. Faxnummer oder per Email an die o.g. Adresse senden.

**Patientendaten/Aufkleber/Etikett:**

Zuweiser: Klinik:

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Anschrift: Tel.-Nr.:

Krankenkasse/Zusatzversicherung:

Versicherungsnummer:

Aufnahmedatum in der verlegenden Klinik:

Krankenhauszusatzversicherung: 1 Bett:[ ]  2 Bett:[ ]  Chefarzt-Behandlung:[ ]

**Abklärungs- und Behandlungsbedarf in der Akutgeriatrie:**

**Diagnosen:**

Aufwändige/besondere Medikamente:

**Besteht eine Isolationspflicht?** Nein [ ]  Ja [ ]  (wenn ja, warum?)

**Barthel-Index:**  (Bitte auch gesonderten Begleitbogen senden)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Orientierungsstörungen | [ ]  Nein | [ ]  Zeitweise | [ ]  Immer |
| Verwirrtheitszustände | [ ]  Nein | [ ]  Zeitweise | [ ]  Immer |
| Antriebsstörungen | [ ]  Nein | [ ]  Zeitweise | [ ]  Immer |
| Hinlauftendenz | [ ]  Nein | [ ]  Zeitweise | [ ]  Immer |

**Bestehen Bewusstseinsstörungen?**

**Angehörige/Bezugsperson**:

Telefonnummer der Bezugsperson:

**Ist eine Betreuung bei Gericht vorhanden / beantragt:** [ ] Nein[ ] Ja

Falls ja: Kontaktnummer des Betreuers:

**Mobilität:**

[ ] normal [ ]  gehen mit Hilfe [ ]  Gehwagen [ ]  bettlägerig [ ]  Rollstuhl aktiv [ ]  Rollstuhl passiv

Bei Frakturen: Belastbarkeit: [ ]  voll [ ]  Teilbelastung bis Kg:

Vorhandene Hilfsmittel:

**Bisherige Lebenssituation**:

Pflegegrad: [ ]  nein [ ]  ja Falls ja: Pflegegrad:

Eigene Wohnung: [ ]  ja [ ]  nein Falls ja: welche Etage:

Wohnt bei Angehörigen? [ ]  Betreuung durch Pflegedienst? [ ]  Lebt im Altenheim? [ ]  Lebt auf der Pflegestation im Altenheim? [ ]

**Entlassungsziel:**

Rückkehr in die eigene Wohnung [ ]

Wohnen mit Betreuung durch den Pflegedienst [ ]

Rückkehr zu den Angehörigen [ ]

Pflegestation (Altenheim) [ ]

Ist bereits ein Heimplatz beantragt? [ ]  nein [ ]  ja falls ja, wo?:

**Gewünschter Verlegungszeitpunkt:**

**Telefonnummer für Rückfragen/Terminvergabe:**

**Name und Tel.-Nr. des behandelnden Arztes:**

**Datum und Unterschrift:**