

Antrag auf geriatrische Behandlung in der Geriatrie

Fax: (040) 694597-41314

Helios St. Josefhospital Uerdingen
Belegungsmanagement
Tel.: (02151) 452-7633
Kurfürstenstr. 69, 47829 Krefeld

Beantragt von (Klinik / Arzt / Station / Telefon / Fax):

Angaben zum Patienten/zur Patientin

Gewünschter Auf- bzw. Übernahmetermi- n:

Name, Vorname _____ geb.: _____

Straße / Haus-Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Hausarzt: _____ Kostenträger: _____

gesetzlich privat Chefarztbehandlung 1 Bett 2 Bett

Krankenkasse mit Versicherungsnummer: _____

Tel.-Nr. von Angehörigen: _____

Hauptdiagnose: _____

Klinisch relevante Nebendiagnosen: _____

Aktueller Status

Mobilität: voll mit Gehhilfe Rollstuhlfähig sitzstabil keine Mobilität

Kognitiv: Voll orientiert eingeschränkt desorientiert delirant Weglauf-

Tendenz **Affekt / Antrieb:** ängstlich agitiert aggressiv antriebsarm

depressiv **Pflegegrad:** nein 1 2 3 4 5 nicht bekannt beantragt

Vorhandene Hilfsmittel: Rollator Rollstuhl Krankenbett Toilettenstuhl _____

Wohnen: alleine mit Partner/Verwandten betreutes Wohnen Seniorenwohnheim

Barthel-Index bei stationären Patienten: _____

Besonderheiten

Diät Dialyse Dekubitus Problemkeime (MRSA, MRGN) Wundheilungsstörung

PEG nasogastrale Sonde ZVK Port Sonstiges: _____

CPAP Heimbeatmung

Tracheostoma Kolostoma Nephrostoma VAC-Therapie Prothesen

Schluckstörung Sprach-/Sprechstörung hochgradige Sehstörung Schwerhörigkeit

Zielsetzung (der geriatrischen Behandlung): _____

Die Notwendigkeit einer weiteren Krankenhausbehandlung ist wegen _____
_____ **gegeben.**

Datum der Anmeldung

Name, Unterschrift, Stempel