

Fax-Anmeldeformular Altersmedizin und Frührehabilitation St.-Clemens-Hospital, Geldern

Gesundheitsregion Niederrhein

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> St. Vinzenz-Hospital Dinslaken | Fax: 0 20 64-44 11 88 |
| <input type="checkbox"/> St. Willibrord-Spital Emmerich (Neuro-Geriatrie) | Fax: 0 28 22-73 11 58 |
| <input type="checkbox"/> St.-Clemens-Hospital Geldern | Fax: 0 28 31-3 90 35 03 |
| <input type="checkbox"/> St. Irmgardis-Krankenhaus Süchteln | Fax: 0 21 62-89 93 59 |
| <input type="checkbox"/> Marien-Hospital Wesel | Fax: 02 81-1 04 11 58 |
| <input type="checkbox"/> Sankt Josef-Hospital Xanten | Fax: 0 28 01-71 01 97 |



cusanus
Trägergesellschaft
Trier mbH



Patientendaten/Aufkleber	Krankenhaus/Praxis: Station: Telefon: Zuständiger Arzt: Ansprechpartner Sozialdienst Telefon:												
Stationär seit:	Gewünschter Verlegungstermin:												
<input type="checkbox"/> Kassenpatient <input type="checkbox"/> Privatpatient <input type="checkbox"/> Privat 1 Bett <input type="checkbox"/> Privat 2 Bett	Krankenkasse/Versicherung: <input type="checkbox"/> mit Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> ohne Chefarztbehandlung												
Status vor Erkrankung: <input type="checkbox"/> Selbstständig/Wohnung <input type="checkbox"/> Altenheim/Wohnbereich <input type="checkbox"/> Altenheim/Pflegebereich Pflegegrad: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> beantragt Betreuung/ Bevollmächtigter: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, wer ? Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja Angehörige/Telefonnummer: Hausarzt:													
Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:													
Weitere relevante Diagnosen:													
Barthel-Index: _____ Punkte <i>(bitte als Anlage beifügen)</i> OP-Datum: _____ Bei Fraktur <input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> Teilbelastbar ab _____ mit _____ kg <input type="checkbox"/> übungstabil <input type="checkbox"/> keine Belastung bis _____													
Erbrechen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Weglaufgefahr ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Durchfall ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Aggressivität ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Infektionen (Noro/MRSA/ Clost.) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bei Ja: Welche _____													
MRSA-Abstrich erfolgt <input type="checkbox"/> nicht erfolgt <input type="checkbox"/> Ergebnis: Wunde _____ Nase/ Rachen _____													
Geriatrische Multimorbidität: (Zutreffendes bitte ankreuzen) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Immobilität/ Frailty/ Gebrechlichkeit</td> <td><input type="checkbox"/> Rezidiv. Stürze/ Schwindel/ Gangstörung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kognitive Defizite/ Delir/ Demenz</td> <td><input type="checkbox"/> Inkontinenz</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Decubitus/ Wunden</td> <td><input type="checkbox"/> Mangel-/ Fehlernährung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Depression/ Angststörung</td> <td><input type="checkbox"/> Schmerz</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Starke Seh-/ Hörbehinderung</td> <td><input type="checkbox"/> Multimedikation (mehr als 5)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Exsikkose/ Elektrolytentgleisung</td> <td><input type="checkbox"/> Verzögerte Rekonvaleszenz</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Immobilität/ Frailty/ Gebrechlichkeit	<input type="checkbox"/> Rezidiv. Stürze/ Schwindel/ Gangstörung	<input type="checkbox"/> Kognitive Defizite/ Delir/ Demenz	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Decubitus/ Wunden	<input type="checkbox"/> Mangel-/ Fehlernährung	<input type="checkbox"/> Depression/ Angststörung	<input type="checkbox"/> Schmerz	<input type="checkbox"/> Starke Seh-/ Hörbehinderung	<input type="checkbox"/> Multimedikation (mehr als 5)	<input type="checkbox"/> Exsikkose/ Elektrolytentgleisung	<input type="checkbox"/> Verzögerte Rekonvaleszenz
<input type="checkbox"/> Immobilität/ Frailty/ Gebrechlichkeit	<input type="checkbox"/> Rezidiv. Stürze/ Schwindel/ Gangstörung												
<input type="checkbox"/> Kognitive Defizite/ Delir/ Demenz	<input type="checkbox"/> Inkontinenz												
<input type="checkbox"/> Decubitus/ Wunden	<input type="checkbox"/> Mangel-/ Fehlernährung												
<input type="checkbox"/> Depression/ Angststörung	<input type="checkbox"/> Schmerz												
<input type="checkbox"/> Starke Seh-/ Hörbehinderung	<input type="checkbox"/> Multimedikation (mehr als 5)												
<input type="checkbox"/> Exsikkose/ Elektrolytentgleisung	<input type="checkbox"/> Verzögerte Rekonvaleszenz												
Sonstiges: <input type="checkbox"/> Nasogastrale Sonde <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> SPDK <input type="checkbox"/> Tracheostoma Dialyse: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein													
Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil <input type="checkbox"/> die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind <input type="checkbox"/> bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen <i>(bitte Erkrankung anführen)</i> _____ <input type="checkbox"/> Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern <input type="checkbox"/> Komplikationen bestehen: (z. B. Desorientiertheit/ Demenz/ Depression/ wahnhaftige Symptomatik/ Weglauftendenz/ Wundkomplikationen/ Sehverlust/ Hörverlust)													