



Anmeldeformular St. Marien-Hospital / Akutgeriatrie
 Chefarzt Dr. med. Christian Kautz
 Kontaktdaten: Hospitalstr.44 / 52353 Düren / Tel: 02421-805 657 / Fax: 02421-805 7079

- stationär teilstationär (Tagesklinik)

(Patientenaufkleber) Name, Vorname: Geb. Datum:	Absender Stempel Station:..... Telefon:..... Datum: Arzt:
<input type="checkbox"/> Kassenpatient Kasse/Versicherung <input type="checkbox"/> Privatpatient	<input type="checkbox"/> Privat 1-Bettzimmer <input type="checkbox"/> mit Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> Privat 2-Bettzimmer <input type="checkbox"/> ohne Chefarztbehandlung

Status vor Erkrankung: Selbstständig/Wohnung betreutes Wohnen Altenheim/Pflegebereich

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:

Weitere relevante Diagnosen oder Arztbrief:

Die Notwendigkeit einer weiteren Krankenhausbehandlung besteht, weil:

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen (bitte Erkrankung und Maßnahmen angeben):

- Komplikationen bestehen: Desorientiertheit, Depression, wahnhafte Symptomatik, Wundkomplikationen etc.

Barthel-Index: _____ Punkte (bitte als Anlage beifügen)

OP-Datum:bei Fraktur voll belastbar Teilbelastung ab _____ mit _____ kg
 übungstabil keine Belastung bis

Erbrechen ja nein Durchfall ja nein
 Infektionen (Noro/MRSA/Clostr./o.ä.) ja nein **bei JA: welche: _____ (Befunde faxen)**
 Hinlauftendenz ja nein Aggressivität ja nein

Sonstiges:

- Sprech-/Sprachstörungen
- Dysphagie
- PEG
- nasogastr. Sonde
- Tracheostoma
- Wundheilungsstörungen
- Dialyse
- O2 Versorgung
- CPAP
- Stoma
- SPDK
- DK
- ZVK
- Prothese

Geriatrische Multimorbidität: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Immobilität /Frailty/Gebrechlichkeit
- Mangel-/Fehlernährung
- Depressionen/Angststörung
- Kognitive Defizite/Delir/Demenz
- Inkontinenz
- Dekubitus/Wunden
- Rezidiv. Stürze/Schwindel/Gangstörung
- Schmerz
- starke Seh-/Hörbehinderung
- Multimedikation (>5)
- Exsikkose/Elektrolytentgl.
- verzögerte Rekonvaleszenz

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, Kontaktdaten:
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anmeldung ab (Datum): Rücksprache erwünscht/möglich unter Telefon-Nr.: Ansprechpartner: