

# Anmeldeformular

Cellitinnen-Krankenhaus St. Hildegardis - Klinik für Geriatrie  
 Chefarzt Dr. med. J. G. Hoffmann | Bachemer Straße 29-33 | 50931 Köln  
 Tel. (0221) 4003-241 | Fax. (0221) 4003-244



Einweisendes Krankenhaus / Praxis	<input type="checkbox"/> Kassenpatient <input type="checkbox"/> Privatpatient	Krankenkasse/Privatkasse:
<b>Hier bitte Patientenaufkleber!</b>  Mindest-Informationen: 1. Patientenvor- und Zuname, Geb.-Datum  2. Anschrift des Patienten	Privat 1-Bett Privat 2-Bett	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Chefarztbehandlung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Telefon-Nr. für Rückfragen Arzt/Station	
	gewünschter Verlegungstermin	

**Wohnen vor Erkrankung:**  Selbständig  Selbst. / Pflegedienst  Pflegeheim / Betreutes Wohnen  
**Vor dem Klinikaufenthalt:**  ohne Hilfsmittel mobil  Rollator  Aufstehen selbst möglich

Entlassungsziel:  Nach Hause  Kurzzeitpflege / Seniorenheim  Angemeldet  Ja  Nein

Akutmedizinischer Behandlungsbedarf: \_\_\_\_\_

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_

Weitere relevante/n Diagnose/n: \_\_\_\_\_

Barthel-Index: \_\_\_\_\_ Punkte (*Bitte als Anlage beifügen!*)  
 OP-Datum: \_\_\_\_\_  Bei Fraktur  voll belastbar  Teilbelastbar ab \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ kg  
 Übungsstabil  keine Belastung bis \_\_\_\_\_

Erbrechen/Durchfall  Ja  Nein Unruhe / Rufen / Aggressivität  Ja  Nein  
 Infektionen (z.B. Noro/MRSA/Clos/ESBL/VRE)  Ja  Nein Hinlauff Tendenz  Ja  Nein

Gaben von Tumor-, Immun-, Hormontherapeutika?  Ja  Nein Chemotherapie / Radiatio?  Ja  Nein  
 Aktuelle i.v.-Therapie (z.B. Antibiotika / Antimykotika)  Ja  Nein

**Geriatrische Multimorbidität (*Zutreffendes bitte ankreuzen*)**

- Immobilität  Starke Seh-/Hörbehinderung  Mangel-/Fehlernährung
- Schmerz  Exsikkose/Elektrolytentgleisung  Kognitive Defizite/Delir/Demenz
- Dekubitus/Wunden  Verzögerte Rekonvaleszenz  Multimedikation (> 5)/Medikationsprobleme
- Depression/Angststörung  Inkontinenz  Rezidiv. Stürze/Schwindel/Gangstörung
- Sensibilitätsstörung  Hohes Komplikationsrisiko
- Dialyse  Nasogastrale Sonde  PEG  Pleuradrainage  Cystofix  Tracheostoma

**Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in der Rehaklinik, weil ...**

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit
- Komplikationen bestehen: (z.B. Desorientiertheit/Demenz/Depression/wahnhafte Symptomatik/Hinlauff Tendenz/ Wundkomplikationen/Sehverlust/Hörverlust)
- bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen.

Pflegegrad:  Nein  I  II  III  IV  V  eingeleitet

Gesetzliche Betreuung / Vorsorgevollmacht:  Nein  Ja, wer? \_\_\_\_\_

AHB angemeldet:  Nein  Ja  Geplant ab \_\_\_\_\_

Unterschrift des zuweisenden Arztes: \_\_\_\_\_ Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_

**Interne Bearbeitungsvermerke (*bitte nicht ausfüllen*)**

Vermerk	Datum	Station:	Aufnahmedatum/Uhrzeit:
Patient wird aufgenommen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Kürzel CA/OÄ	