KRANKENHAUS NORDWEST

Klinik für Geriatrie
Chefarzt Dr. med. R. Eicke
Steinbacher Hohl 2-26
60488 Frankfurt am Main
Tel.: 0 69 / 76 01 – 31 31
Fax: 0 69 / 76 01 – 31 32

Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

Patientendaten *(Aufkleber)*

Name, Vorname

geb.

Anmelder/Einrichtung

Krankenkasse		**Behandlungsart**	stationär ☐
Wahlleistungen	1-Bett ☐ 2-Bett ☐		Chefarzt ☐

Hausarzt

behandlungsbegründende Diagnosen:

weitere relevante Diagnosen:

Operation	**bei Frakturen** *(bitte Vorbefunde / CD mitgeben)*
OP-Datum	☐ voll belastbar ☐ teilbelastbar ab ____ mit ____ kg ☐ keine Belastung bis

Soziale Situation vor Erkrankung

☐ allein lebend

☐ mit Angehörigen

☐ Pflegedienst

☐ Kurzzeitpflege/PH

Pflegegrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

vorhandene Hilfsmittel: Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Gehstützen/Gehstock ☐

Toilettenstuhl ☐ Sonstige:

Kontakt Ansprechpartner:

☐ Angehöriger
☐ Bevollmächtigter
☐ Betreuer

Telefonnummer/n:

Geriatrie typische Multimorbidität *(aktuellen Status bitte ankreuzen)*

- ☐ Gebrechlichkeit ☐ Immobilität
- ☐ rezidivierende Stürze/Gangstörung
- ☐ Schwindel/Gleichgewichtsstörung
- ☐ Exsikkose/Elektrolytentgleisung
- ☐ Schmerz ☐ akut ☐ chronisch
- ☐ kognitive Defizite/Demenz
- ☐ Delir
- ☐ Depression/Angststörung
- ☐ starke Sehbehinderung
- ☐ verzögerte Rekonvaleszenz
- ☐ Mangel-/Fehlernährung
- ☐ Dekubitus/Wunden
- ☐ Multimedikation (≥ 5)
- ☐ Kontinenzprobleme ☐ Urin ☐ Stuhl

die Patientin / der Patient ist aktuell

- ☐ kooperationsfähig
- ☐ orientiert
- ☐ verwirrt
- ☐ hin-/weglaufgefährdet
- ☐ selbständig gehfähig
- ☐ mit Hilfsperson gehfähig
- ☐ nicht gehfähig
- ☐ Rollstuhlfahrer

die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim

- ☐ Essen
- ☐ Transfer
- ☐ Körperpflege
- ☐ Toilettengang

Besonderheiten

- ☐ Sprachstörung
- ☐ Schluckstörung
- ☐ Magensonde / PEG
- ☐ Tracheostoma
- ☐ Dialyse

Hygienerelevante Erkrankungen *(bitte aktuelle Befunde mitschicken)*

- ☐ Diarrhöe ☐ Clostridoides ☐ Norovirus
- ☐ VRE
- ☐ MRSA
- ☐ COVID-19
- ☐ 3 MRGN / Erreger und Lokalisation
- ☐ 4 MRGN / Erreger und Lokalisation
- ☐ Sonstige

Weitere Bemerkungen

BITTE SENDEN AN:

Klinik für Geriatrie
Chefarzt Dr. med. R. Eicke
Steinbacher Hohl 2-26
60488 Frankfurt am Main
Fax: 0 69 / 76 01 – 31 32
Mail: geriatrie@stiftung-ffm.de

Rücksprache *(Name und Telefon)*

Datum

Unterschrift des Arztes