|  |
| --- |
| **Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation** |
| Chefarzt Hr. Dr. Klaus Weil |
| Sekretariat: | Hr. Heiko Engeling / Fr. Bele Schmolling |
| **E-Mail:** | **Sekretariat.Geriatrie@malteser.org** |
| **Telefon:** | **0461 816-2515** | **Fax:** | **0461 816-2025** |
| **Anmeldung für:** | **[ ]  Stationäre Behandlung****[ ]  ATZ [ ]  Stat. Silvia** | **Teilstationäre Behandlung (Tagesklinik)** **[ ]  Flensburg [ ]  Schleswig** |
|  |  |  | Rollstuhltransp. benötigt: [ ]  ja [ ]  nein |
|  | **[ ]  Demenzdiagnostik** |  |
| **Name:** |       |
| **Vorname:** |       |
| **Geb.-Datum:** |       |
| **Straße:** |       |
| **PLZ/Ort:** |       |
| **Krankenkasse:** |       | **Tel. Nr. des Pat.:** |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wahlleistungen:  | 2-B.Zi. | [ ]  ja | Chefarzt: | [ ]  ja | Privatkasse:       |
|  |  | [ ]  nein |  | [ ]  nein |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pflegegrad:** | [ ]  nein [ ]  beantragt [ ]  ja, welcher:       |
| **Diagnosen / Funktionsstörungen:**      |
| **Gewünschte Behandlungsziele:**       |
| **Belastbarkeit bei Frakturen:** [ ]  Vollbelastung [ ]  Teilbelastung (in kg) und für welche Dauer:       |
| **Kardiopulmonale Belastbarkeit:**       |
| **Kognitive Defizite:** [ ]  Demenz [ ]  Hinlauftendenz [ ]  Aggressivität [ ]  Sonstiges:       |
| **Covid 19-Impfstatus:** [ ]  vollständiger Impfschutz Datum letzte Impfung / Genesung?       [ ]  nicht geimpft bzw. unvollständiger Impfschutz |
| **Isolationspflichtiger Keim:** | [ ]  aktuell positiver Befund | [ ]  negativ |
|  | Welcher? Wo?       | [ ]  nicht untersucht |
| **Gewünschtes Verlegungs-/ Aufnahmedatum:** | **Bitte****immer****ausfüllen** |
| Datum der Anmeldung:       |
| Derzeitiger Aufenthaltsort:       |
| Ansprechpartner für Rückfragen:      Telefonnummer:       |
| Einweisender Arzt mit Tel.:       |

**Ermittlung des aktuellen Selbsthilfestatus:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Essen:** | **Stuhlgang:** |
| [ ]  | Komplett selbstständig | [ ]  | Stuhlkontinent |
| [ ]  | Mit Vorbereitung allein | [ ]  | Zeitweise stuhlinkontinent |
| [ ]  | Komplette Übernahme | [ ]  | Stuhlinkontinent |
| [ ]  | PEG-Versorgung | [ ]  | Schluckstörung | [ ]  | Benötigt Abführmaßnahmen |
| **Aufsetzen und Umsetzen:** | **Aufstehen und gehen:** |
| [ ]  | Komplett selbstständig | [ ]  | Komplett selbstständig |
| [ ]  | Unter Aufsicht mit geringer Hilfe | [ ]  | Begleitung nötig |
| [ ]  | Erhebliche Hilfe /kein freies Sitzen | [ ]  | Mit Hilfsmittel |
| [ ]  | Wird nicht aus dem Bett mobilisiert | [ ]  | Nicht möglich |
| **Sich waschen:** | **An- und Auskleiden:** |
| [ ]  | Komplett selbstständig | [ ]  | Komplett selbstständig |
| [ ]  | Versorgung mit Teilwäsche | [ ]  | Teilweise allein |
| [ ]  | Überwachung/Anleitung nötig | [ ]  | Durch Hilfsperson |
| [ ]  | Komplette Übernahme nötig |  |  |
| **Toilettenbenutzung:** | **Orientierung/psych. Situation:** |
| [ ]  | Komplett selbstständig | [ ]  | voll orientiert |
| [ ]  | Vor Ort Hilfe/Aufsicht erforderlich | [ ]  | Zeitw. desorientiert | [ ]  | Antriebsarm |
| [ ]  | Benutzt weder Toilette noch –Stuhl | [ ]  | Desorientiert | [ ]  | Depressiv |
| **Harnkontinenz:** | **Kommunikation:** |
| [ ]  | Harnkontinent | [ ]  | Unauffällig |
| [ ]  | Zeitweise harninkontinent | [ ]  | Sehvermögen gemindert |
| [ ]  | Harninkontinent | [ ]  | Hörvermögen gemindert |
| [ ]  | DK–Versorgung | [ ]  | Sprachstörung |

**Mitgeltende Unterlagen**

🡪