|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation** | | | | | | | |
| Chefarzt Hr. Dr. Klaus Weil | | | | | | | |
| Sekretariat: | Hr. Heiko Engeling / Fr. Bele Schmolling | | | | | | |
| **E-Mail:** | [**Sekretariat.Geriatrie@malteser.org**](mailto: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**

🡪