



**Anfrage zur Übernahme in die Akutgeriatrie – Klinik für Altersmedizin**

→ Barthel = \_\_\_\_ (bitte angeben)  
 → PG = \_\_\_\_ (bitte angeben)  
 → ISAR = \_\_\_\_ (bitte angeben)

Ausschlusskriterien:

→ Pflegegrad 5 und bestehende Heimversorgung  
 → 4 MRGN – Infektion

gewünschte Übernahme am: \_\_\_\_\_

<b>Verlegende Klinik / Zuweisender Arzt:</b>	<b>Ansprechpartner:</b>  Name.....Tel.....  Fax:.....
<b>Patientendaten:</b> (hier Patientenetikett)  Name: ..... Vorname: ..... geb.: ..... Straße: ..... PLZ / Ort: .....	<b>Versicherungsstatus:</b>  <b>Krankenkasse:</b> _____  <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett
<b>Angehörige/Bevollmächtigte/Betreuer</b>	Name:.....Tel:.....
<b>Gesetzliche Betreuung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Name:.....Tel:.....  Hausarzt:                                  Nervenarzt:
<b>Hauptbehandlungsdiagnose:</b>	_____
<b>akutstationärer Behandlungsbedarf:</b> (Weiterbehandlung in der Akutgeriatrie wegen:)	_____
<b>Wichtige Nebendiagnosen:</b>	_____
<b>Besonderheiten in der Versorgung:</b>	<input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Unruhe, Weglauftendenz <input type="checkbox"/> Schwere Demenz <input type="checkbox"/> Nur mit Hilfsmitteln mobil _____ <input type="checkbox"/> nicht mobil <input type="checkbox"/> <b>Vollbelastung erlaubt</b> <input type="checkbox"/> <b>Teilbelastung mit ____ kg bis zum _____</b> <input type="checkbox"/> Adipositas > 120 kg <input type="checkbox"/> Übergröße > 1,85 m
Vorletzter CRP-Wert: _____ Datum / Wert	<input type="checkbox"/> Bes. Med., Chemo, Radiatio <input type="checkbox"/> Bes. Kostform: <input type="checkbox"/> Dysphagie <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> BDK <input type="checkbox"/> O2-Pflicht <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> spezielles Antidekubitussystem <input type="checkbox"/> <b>Dialyse</b>
<input type="checkbox"/> <b>Isolation nicht erforderlich</b>	<input type="checkbox"/> <b>Isolation erforderlich wegen:</b> <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Noro <input type="checkbox"/> COVID <input type="checkbox"/> RSV <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> andere _____