



## Anmeldeformular

**Gemeinschaftskrankenhaus Bonn gGmbH – Haus St. Elisabeth | Akutgeriatrie und Tagesklinik |  
Chefarzt F. Otten**

**Kontaktdaten: Prinz-Albert-Str. 40 | 53113 Bonn | Tel. 0228 508-1221 | Fax. 0228 508-1222**

<b>Bitte Patientenadrema aufkleben!</b> Mindest-Informationen: 1. Patientenvor- und -zuname, Geb.-Datum 2. Anschrift des Patienten 3. Einweisende/s Krankenhaus oder Arztpraxis 4. Telefonnummer der Station oder Praxis	Frühestmögliche Anmeldung (Wunschdatum):	<input type="checkbox"/> Station <input type="checkbox"/> Tagesklinik
	Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> kein PG <input type="checkbox"/> beantragt
	1-Bett Versicherung <input type="checkbox"/> 2-Bett Versicherung <input type="checkbox"/>	
	Krankenkasse:	Hausarzt:

**Zwingende Voraussetzung: Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur  
Behandlung in einer Rehaklinik, weil ... (zutreffendes bitte ankreuzen)**

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit, welche die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- Komplikationen / Komorbiditäten bestehen: (z.B. Desorientiertheit/Delir/Demenz/Depression/Wundkomplikationen)
- bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen (z.B. Schmerz, dekompensierte Herzinsuffizienz, Infektionen, etc.).

### Status vor Erkrankung (bisheriges soziales Umfeld)

- Selbständig/Wohnung
- 24-Stundenbetreuung
- Vorsorgevollmacht
- gesetzliche Betreuung:  Ja  Nein
- Altenheim/Betreutes Wohnen
- Angehörige / Tel.: \_\_\_\_\_
- Name: \_\_\_\_\_
- Tel.: \_\_\_\_\_
- Altenheim/Pflegebereich

### Diagnosen

Stationär in verlegender Klinik seit: \_\_\_\_\_

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit weil: \_\_\_\_\_

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

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



## Anmeldeformular

### Bei Frakturen

OP-Termin: \_\_\_\_\_ Vollbelastung  Ja  Nein Teilbelastung bis wann: \_\_\_\_\_/kg: \_\_\_\_\_

### Besonderheiten

Isolation  Ja  Nein Dialyse  Ja  Nein  
 Erbrechen  Ja  Nein Weglauftendenz  Ja  Nein  
 Durchfall  Ja  Nein Aggressivität  Ja  Nein  
 Infektionen/MRE (Noro/MRSA/Clos.ESBL/VRE)  Ja  Nein Bei Ja: Welche? \_\_\_\_\_  
 Antibiotika/Chemotherapeutika  Ja  Nein Bei Ja: Welche? \_\_\_\_\_  
 Nasogastr./Sonde  PEG  Tracheostoma

### Kurzassessment

Funktion/Ausprägung	normal/o.B.	leicht gestört/reduziert	schwer gestört/reduziert	schwerstens gestört/reduziert
Bett verlassen können (Transfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen können (Sturzneigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege + Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören/Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum / Unterschrift  
des zuweisenden Arztes: \_\_\_\_\_  
(Name in Druckbuchstaben)

Tel.-Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Stempel des Einweisers: