

# Anmeldebogen zur stationären Akutgeriatrie

<input type="radio"/> Universitätsklinik und Poliklinik für Altersmedizin (UKH, Halle)	Fax: 0345/ 557 7134 <a href="mailto:Aufnahme-Geriatrie@uk-halle.de">Aufnahme-Geriatrie@uk-halle.de</a>
<input type="radio"/> Klinik für Geriatrie, Diakoniekrankenhaus, Halle	Fax: 0345/ 778 6442 <a href="mailto:bettenmanagement@diakoniekrankenhaus-halle.de">bettenmanagement@diakoniekrankenhaus-halle.de</a>
<input type="radio"/> Geriatrie, Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dörlau	Fax: 0345/ 559 1442 <a href="mailto:innere.medizin2.halle@martha-maria.de">innere.medizin2.halle@martha-maria.de</a>

Name  Vorname  Geb.datum  Adresse   KK/VersicherungsNo	Aktueller Aufenthalt	<input type="radio"/> Zu Hause <input type="radio"/> Pflegeeinrichtung <input type="radio"/> Stationär seit: _____
	Hausarzt/ärztin	
	Ansprechpartner <input type="radio"/> Angehörige <input type="radio"/> BetreuerIn <input type="radio"/> VSBevollmächtigter	

Hauptdiagnose:
Nebendiagnosen:

<b>Status vor der Erkrankung</b>				
<input type="radio"/> Allein lebend	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> eigene Wohnung	<input type="radio"/> Kurzzeitpflege	<input type="radio"/> Fam. Unterstützung
<input type="radio"/> Mit Angehörigen	<input type="radio"/> hilfsbedürftig	<input type="radio"/> betreutes Wohnen	<input type="radio"/> Pflegeheim	<input type="radio"/> Pflegedienst
<input type="radio"/> bettlägerig	<input type="radio"/> mit Hilfsmitteln mobil	<input type="radio"/> selbstständig mobil		
<b>Pflegegrad</b>				
<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<input type="radio"/> beantragt				<input type="radio"/> 5
<b>Aktuelle Erreger</b>				
<input type="radio"/> 3 MRGN	<input type="radio"/> VRE	<input type="radio"/> Clostridien	<input type="radio"/> Influenza	
<input type="radio"/> 4 MRGN	<input type="radio"/> MRSA	<input type="radio"/> Noro/Adenovirus	<input type="radio"/> Covid 19	
<input type="radio"/> ESBL	<input type="radio"/> Sonstige:			
<b>Besonderheiten</b>				
<input type="radio"/> PEG	<input type="radio"/> Nasogastrale Sonde	<input type="radio"/> Kontraktoren	<input type="radio"/> Dialyse	
<input type="radio"/> Tracheostoma	<input type="radio"/> Zentraler Zugang	<input type="radio"/> Stomaversorgung	<input type="radio"/> Sonstiges	
<input type="radio"/> Keine Suizidalität*	<input type="radio"/> Keine Hinlauftendenz*	*Pflichtfeld, ggf. unten spezifizieren		
<b>Medikamente (inklusive Insulin und i.v.-Gaben), ggf Medikationsliste anbei zu schicken</b>				

# Anmeldebogen zur stationären Akutgeriatrie

Akutmedizinischer Handlungsbedarf (nur Zutreffendes auswählen)	Ja	Nein
Zu Zeit, Ort, Person und Situation orientiert?		
- Wenn nein: Symptomatik neu aufgetreten (Delir)?		
Anweisungsverständnis vorhanden?		
Akute Schmerzexazerbation mit Mobilitätseinschränkung		
Akute Dyspnoe und/oder Unterschenkelödeme		
- Ruhedyspnoe		
- Sauerstoffbedarf*		
- Beatmungsgerät (NIV/CPAP etc.)*		
Infektkonstellation mit sicheren Fokus*		
Infektkonstellation unklarer Fokus*		
Laufende i.v. Antibiose*		
Neu aufgetretene neurologische Defizite (z. Bsp. Akuter Schlaganfall, akute Verschlechterung eines Parkinsons, periphere Paresen)		
Nierenwertverschlechterung (GFR <30ml/Min und mind. um 15 ml/Min verschlechtert)		
Elektrolytentgleisungen		
Entgleisung Blutdruck und/oder Diabetes mellitus über mind. 3 Tage		
Dysphagie / Schluckstörung		
Dekubitus*		
Sturz		
Nach OP: Vollbelastung möglich?		
Nach OP: Teilbelastung möglich?*		
<b>Einverständnis des Pat. über weitere 15-tägige stationäre Behandlung? (Pflichtfeld)</b>		

\*bitte bei Bemerkungen detaillieren

**Bemerkungen:** komplikativer Verlauf? Wundheilungsstörung? Ggf. spezifische Tumortherapie detaillieren (Radiatio/Chemotherapie), Art/Grad Dekubitus? Ggf. weitere Befunde anhängen.

Gewünschtes Aufnahmedatum:	Arzt/Ärztin (inklusive Telefonnummer):
----------------------------	--

Kontakt für Rückfragen und Terminabsprache (inklusive Telefonnummer & Klinikstempel):

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Rückantwort - bestätigtes Aufnahmedatum:

**Nur vollständig ausgefüllte Formulare werden bearbeitet.  
Übernahme nur mit aktuellem Arztbrief, Medikamentenplan, Chipkarte, CT/Rö/MRT-Bilder auf CD, Laborbefunde.**