

Geriatric typische Multimorbidität (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit / Immobilität | <input type="checkbox"/> kognitive Defizite / Demenz | <input type="checkbox"/> verzögerte Rekonvaleszenz |
| <input type="checkbox"/> rezidivierende Stürze / Gangstörung | <input type="checkbox"/> Delir | <input type="checkbox"/> Mangel- / Fehlernährung |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Depression / Angststörung | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose / Elektrolytentgleisung | <input type="checkbox"/> starke Seh- / Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> Dekubitus / Wunden |
| <input type="checkbox"/> Schmerz (<input type="checkbox"/> akut / <input type="checkbox"/> chronisch) | | <input type="checkbox"/> Multimedikation (mehr als 5) |

die Patientin / der Patient ist

benötigt Hilfe beim

- | | | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------|-----------------------------|-------------------------------|
| kooperationsfähig | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | selbständig gehfähig | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Essen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| motiviert | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | mit Hilfe gehfähig | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Transfer | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| orientiert | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | nicht gehfähig | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | An-/Ausziehen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| verwirrt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Rollstuhlfahrer | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Waschen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| | | | | | | Toilettengang | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ggf. Barthel-Index	Punkte
------------------------------	--------

Besonderheiten

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Kontrakturen | <input type="checkbox"/> Urininkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> Amputation | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Magensonde / PEG | <input type="checkbox"/> Extremitätenprothese | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter / Cystofix |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> NIV-Beatmung | <input type="checkbox"/> Stomaversorgung |

Keime/Erreger

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clostridien | <input type="checkbox"/> 3 MRGN |
| <input type="checkbox"/> Norovirus | <input type="checkbox"/> 4 MRGN |
| <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> VRE |
| <input type="checkbox"/> hygienerelevante Erkrankung | <input type="checkbox"/> MRSA |

Lokalisation

Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, weil

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- Komplikationen bestehen
(z. B. *Desorientiertheit / wahnhaftige Symptome / Weglauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust*)

bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen (bitte Erkrankung anführen)

weitere Bemerkungen / Hinweise	Anmelder (Stempel)
	Rücksprache unter Tel.-Nr.

Datum

Unterschrift