## Fax-Anmeldeformular Geriatrie Thüringen nach § 39 SGB V



| 0 | Zentrum für Geriatrie, Helios Klinikum Erfurt        | Fax: 0361 - 7812902  |
|---|--|----------------------|
| 0 | Klinik für Geriatrie, Universitätsklinikum Jena      | Fax: 03641 - 934902  |
| 0 | Fachklinik für Geriatrie, Lengenfeld unterm Stein    | Fax: 036027 - 75459  |
| 0 | Geriatrische Fachklinik "Georgenhaus", Meiningen     | Fax: 03693 - 456817  |
| 0 | Fachklinik für Geriatrie, Kreiskrankenhaus Ronneburg | Fax: 036602 - 55203  |
| 0 | Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola", Rudolstadt   | Fax: 03672 - 4564403 |
| 0 | Geriatrische Abteilung DRK Krankenhaus Sondershausen | Fax: 03632 - 671242  |

| Patientendaten (Aufkleber) | Stempel des Antragstellers |  |  |
|----------------------------|----------------------------|--|--|
| Name, Vorname, Adresse     |                            |  |  |
|                            |                            |  |  |
|                            |                            |  |  |
| geb.                       |                            |  |  |
|                            | stationär seit             |  |  |
| Krankenkasse               | Station                    |  |  |
| Versicherten-Nr.           | Telefon                    |  |  |
| Hausarzt                   | Arzt                       |  |  |
|                            |                            |  |  |

behandlungsbegründende Hauptdiagnose

weitere relevante Diagnosen

| Operation  |                  |     | bei Frakturen                   |     |    |                                  |   |        |
|--|------------------|-----|---------------------------------|-----|----|----------------------------------|---|--------|
|  |                  |     | O voll belastbar                |     | ar | O teilbelastbar at               | o mit   | mit kg |
| OP-Datum   |                  |     | O übungsstabil                  |     | il | O keine Belastung bis            |   |        |
|  |                  |     | ung<br>e Wohnung<br>utes Wohnen |     |    | O Kurzzeitpflege<br>O Pflegeheim | O familiäre Versorgur<br>O <u>Pflegedienst:</u> | ıg     |
| <b>Pflegegrad</b> O nein O Antrag                    | O 1 O 2 gestellt | O 3 | O 4                             | O 5 |    |                                  |   |        |
| Ansprechpartner                                      |                  |     |                                 |     |    | Telefonnummer                    |   |        |
| O Angehöriger<br>O VS-Bevollmächtigter<br>O Betreuer |                  |     |                                 |     |    |                                  |   |        |

## Geriatrie typische Multimorbidität (Zutreffendes bitte ankreuzen) O Gebrechlichkeit / Immobilität O kognitive Defizite / Demenz O verzögerte Rekonvaleszenz O rezidivierende Stürze / Gangstörung O Delir O Mangel- / Fehlernährung O Schwindel O Depression / Angststörung O Inkontinenz O Exsikkose / Elektrolytentgleisung O Dekubitus / Wunden O Schmerz (O akut / O chronisch) O starke Seh- / Hörbehinderung O Multimedikation (mehr als 5) die Patientin / der Patient ist benötigt Hilfe beim O Ja selbständig gehfähig O Ja O Nein Essen O Ja O Nein kooperationsfähig O Nein motiviert O Ja O Nein mit Hilfe gehfähig O Ja O Nein Transfer O Ja O Nein O Ja O Ja nicht gehfähig O Ja O Nein O Nein orientiert O Nein An-/Ausziehen verwirrt O Ja O Nein Rollstuhlfahrer O Ja O Nein Waschen O Ja O Nein Toilettengang O Ja O Nein Ggf. **Barthel-Index** Punkte Besonderheiten Sprachstörung O Kontrakturen O Urininkontinenz 0 Schluckstörung O Amputation O Stuhlinkontinenz 0 O Magensonde / PEG O Extremitätenprothese O Blasenkatheter / Cystofix O Tracheostoma O NIV-Beatmung O Stomaversorgung Keime/Erreger Lokalisation Clostridien 3 MRGN O 4 MRGN O Norovirus O Rotavirus O VRE O hygienerelevante Erkrankung **MRSA** Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, weil O die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind O Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern O Komplikationen bestehen (z. B. Desorientiertheit / wahnhafte Symptome / Weglauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust) O bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen (bitte Erkrankung anführen) weitere Bemerkungen / Hinweise Anmelder (Stempel) Rücksprache unter Tel.-Nr. Datum Unterschrift

Fax-Anmeldeformular Geriatrie Thüringen nach § 39 SGB V – Version 1.0 – 01/2019