

# Antrag auf geriatrische Behandlung in der Geriatrie

Klinikum Mutterhaus Nord, Theobaldstr. 12, 54292 Trier

Chefarzt Volker Pickan

**Fax-Nr. 0651 683-2401**

Beantragt von (Klinik/Arzt/Station/Telefon/Fax):

.....  
.....

## Angaben zum Patienten/zur Patientin

Gewünschter Auf- bzw. Übernahmetermin: .....

Name, Vorname ..... geb.: .....

Straße / Haus-Nr.: ..... PLZ / Ort: .....

Hausarzt: ..... Kostenträger: .....

gesetzlich  privat  Chefarztbehandlung  1 Bett  2 Bett

Krankenkasse mit Versicherungsnummer: .....

Tel.-Nr. von Angehörigen: .....

Hauptdiagnose: .....

Klinisch relevante Nebendiagnosen: .....

.....

## Aktueller Status

**Mobilität:**  voll  mit Gehhilfe  Rollstuhlfähig  sitzstabil  keine Mobilität

**Kognitiv:**  Voll orientiert  eingeschränkt  desorientiert  delirant  Weglauf-Tendenz

**Affekt / Antrieb:**  ängstlich  agitiert  aggressiv  antriebsarm  depressiv

**Pflegegrad:**  nein  1  2  3  4  5  nicht bekannt  beantragt

**Vorhandene Hilfsmittel:**  Rollator  Rollstuhl  Krankenbett  Toilettenstuhl  .....

**Wohnen:**  alleine  mit Partner/Verwandten  betreutes Wohnen  Seniorenwohnheim

**Barthel-Index** bei stationären Patienten: .....

## Besonderheiten

Diät  Dialyse  Dekubitus  Problemkeime (MRSA, MRGN)  Wundheilungsstörung

PEG  nasogastrale Sonde  ZVK  Port  Sonstiges: .....

CPAP Heimbeatmung

Tracheostoma  Kolostoma  Nephrostoma  VAC-Therapie  Prothesen

Schluckstörung  Sprach-/Sprechstörung  hochgradige Sehstörung  Schwerhörigkeit

**Zielsetzung (der geriatrischen Behandlung):** .....

**Die Notwendigkeit einer weiteren Krankenhausbehandlung ist wegen** .....

..... gegeben.

\_\_\_\_\_  
Datum der Anmeldung:

\_\_\_\_\_  
Name, Unterschrift, Stempel