

Antrag auf geriatrische Behandlung in der Geriatrie

Klinikum Mutterhaus Nord, Theobaldstr. 12, 54292 Trier

CA Dr. med. Stefan Schreiber

Fax-Nr. 0651 683-2401

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

.....
.....

Angaben zum Patienten/zur Patientin

Gewünschter Auf- bzw. Übernahmetag:

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