ANTRAG AUF GERIATRISCHE (WEITER-)BEHANDLUNG

St. Joseph
EIFELKLINIK PRÜM

Klinik für Akutgeriatrie

Alexander Papendorf
Chefarzt
St. Joseph-Krankenhaus
Kalvarienberg 4
54595 Prüm

Zentrale: 06551 15-0
Telefon: 06551 15-141

KIM-Adresse: geriatrie@sjk-pr.kim.telematik
alexander.papendorf@eifelklinik-pruem.de
www.eifelklinik-pruem.de

Beantragt von: ..... (Klinik /Arzt)

..... (Station / Telefon / Fax)

Gewünschter Auf- / Übernahmetermin: .....

Name: ..... geb.: .....

Adresse: .....

Hausarzt: ..... Kostenträger: .....

☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Chefarztbehandlung ☐ 1 Bett ☐ 2 Bett

Krankenversicherungsnr. des Patienten: .....

Telefonnummer von Angehörigen: .....

Hauptdiagnose: .....

Klinisch relevante Nebendiagnosen: .....

AKTUELLER STATUS:

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

Kognitiv: ☐ voll orientiert ☐ eingeschränkt ☐ desorientiert ☐ delirant ☐ Hinlauftendenz

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

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

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

Bisherige Versorgung: ☐ alleine ☐ mit Partner/Verwandten ☐ betreutes Wohnen ☐ Seniorenheim

Wohnen: ☐ Haus ☐ Wohnung ☐ Treppen ☐ Aufzug ☐ Sonstiges .....

BESONDERHEITEN:

☐ Diät ☐ Dialyse ☐ Dekubitus ☐ Problemkeime (MRSA, MRGN, VRE) ☐ Wundheilungsstörung

☐ PEG ☐ nasogastrale Sonde ☐ ZVK ☐ Port ☐ Sonstiges.....

☐ CPAP/Heimbeatmung ☐ Kolostoma ☐ Tracheostoma ☐ Nephrostoma ☐ VAC-Therapie ☐ Prothesen

☐ Schluckstörung ☐ Sprach-/Sprechstörung ☐ hochgr. Sehstörung ☐ Schwerhörigkeit

ZIELSETZUNG (DER GERIATRISCHEN BEHANDLUNG):

.....

Die Notwendigkeit einer weiteren Krankenhausbehandlung ist gegeben wegen:

.....

Datum der Anmeldung: ..... Name/Unterschrift: .....