**Johanniter Krankenhaus | Klinik für Geriatrie und Neurologie | CA Prof. Dr. A. H. Jacobs**

**Kontaktdaten: Johanniter Str. 3-5 | 53113 Bonn | Tel. 0228 543-2207 | Fax. 0228 543-2213**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bitte Patientenadrema aufkleben!**  Mindest-Informationen:  1. Patientenvor- und -zuname, Geb.-Datum  2. Anschrift des Patienten  3. Einweisende/s Krankenhaus oder Arztpraxis  4. Telefonnummer der Station oder Praxis | Frühestmögliche Anmeldung  (Wunschdatum): | ❑ Station  ❑ Tagesklinik |
| Chefarztbehandlung ❑ Ja  ❑ Nein | Pflegegrad:  ❑ I ❑ II ❑ III  ❑ IV ❑ V  ❑ keine  ❑ beantragt |
| Privat 1-Bett ❑  Privat 2-Bett ❑ |
| KK/KV: | Hausarzt: |

## Zwingende Voraussetzung: Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil … (zutreffendes bitte ankreuzen)

## ❑ die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.

## ❑ Kreislauﬁnstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern.

## ❑ Komplikationen / Komorbiditäten bestehen: (z.B. Desorientiertheit/Delir/Demenz/Depression/

## Wundkomplikationen)

❑ bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen (z.B. Schmerz, dekompensierte Herzinsuffizienz, Infektionen, etc.).

**Status vor Erkrankung** (bisheriges soziales Umfeld)

❑ Selbständig/Wohnung ❑ Altenheim/Betreutes Wohnen ❑ Altenheim/Pﬂegebereich

❑ 24-Stundenbetreuung ❑ Angehörige / Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**rechtliche** **Betreuung:** ❑ Ja Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ Nein Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diagnosen**

**Stationär in verlegender Klinik seit:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit weil:**

**Hauptdiagnose:**

**Weitere relevante/n Diagnose/n:**

**Bei Frakturen**

**OP-Termin:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Vollbelastung** ❑ Ja ❑ Nein **Teilbelastung** wie lange:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Besonderheiten**

Isolation ❑ Ja ❑ Nein Dialyse ❑ Ja ❑ Nein

Erbrechen ❑ Ja ❑ Nein Weglauftendenz ❑ Ja ❑ Nein

Durchfall ❑ Ja ❑ Nein Aggressivität ❑ Ja ❑ Nein

Infektionen/MRE (Noro/MRSA/Clost./ESBL/VRE) ❑ Ja ❑ Nein Bei Ja: Welche?

Antibiotika/Chemotherapeutika ❑ Ja ❑ Nein Bei Ja: Welche?

❑ Nasogastr./Sonde ❑ PEG ❑ Tracheostoma

**Kurzassessment**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Funktion/Ausprägung** | **normal/o.B.** | **leicht gestört/reduziert** | **schwer gestört/reduziert** | **schwerstens gestört/**  **reduziert** |
| **Bett verlassen können**  **(Transfer)** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Gehen können (Sturzneigung)** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Körperpflege + Ankleiden** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Nahrungsaufnahme** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Urinkontinenz** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Stuhlkontinenz** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Dekubitus** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Orientierung** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Vigilanz** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Auffassung** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Sprechen** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Hören/Sehen** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Motivation** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Depressivität** | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

**Stempel des Einweisers:**

**Datum / Unterschrift**

**des zuweisenden Arztes:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name in Druckbuchstaben)

**Tel.-Nr. für Rückfragen:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_