

Anmeldebogen geriatrische Frührehabilitation

AGAPLESION Ev. Krankenhaus  
Bethanien Iserlohn gGmbH

Patientendaten / Aufkleber

**Klinik für Geriatrie und  
Geriatrische Tagesklinik**

**Chefarzt Erich Esch**  
Facharzt für Innere Medizin-  
Pneumologie-Geriatrie

Bethanienallee 3  
58644 Iserlohn  
T (02371) 212 – 198  
F (02371) 212 - 298  
[geriatrie.bki@agaplesion.de](mailto:geriatrie.bki@agaplesion.de)

Diakonie

[www.bethanien-iserlohn.de](http://www.bethanien-iserlohn.de)  
[www.agaplesion.de](http://www.agaplesion.de)

## Anmeldebogen geriatrische Frührehabilitation

**Per Fax: 02371 / 212 – 298 oder per Mail: [geriatrie.bki@agaplesion.de](mailto:geriatrie.bki@agaplesion.de)**

**Ausschlusskriterien:** Überwachungspflicht, IST, IMC, großflächige Wunden,  
Pflegestufe 5, akutes Delir, Alter < 65 Jahre

**Nur nach Rücksprache:** IMC-Stroke, CPU, Notaufnahme

Telefon Patient / Angehörige: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus: ( ) gesetzlich ( ) privat ( ) WL 1-Bett ( ) WL 2-Bett ( ) WL-Chefarzt

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ärztlicher Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Anmeldung durch: ( ) Station ( ) Hausarzt ( ) auswärtige Klinik ( ) Sonstige

Name der Einrichtung der Fachabteilung: \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Entlassungstermin: \_\_\_\_\_

Vollstationäre geriatrische Behandlung in den letzten sechs Monaten? ( ) ja ( ) nein

Rehabilitationsbehandlung in den letzten sechs Monaten? ( ) ja ( ) nein



Diagnosen (aktuelle Hauptdiagnose bitte kennzeichnen) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Operation am: \_\_\_\_\_

Belastung: ( ) Vollbelastung ( ) Teilbelastung \_\_\_\_\_ kg bis: \_\_\_\_\_

( ) Entlastung bis: \_\_\_\_\_

Wunden: ( ) ja ( ) nein Lokalisation: \_\_\_\_\_

Decubitus: ( ) ja ( ) nein Grad: \_\_\_\_\_ Lokalisation: \_\_\_\_\_

Drainagen: ( ) ja ( ) nein Art der Drainagen: \_\_\_\_\_

Stromata: ( ) ja ( ) nein Dialyse: ( ) ja ( ) nein

Multiresistente Erreger: \_\_\_\_\_

Lokalisation: \_\_\_\_\_

Verwirrtheit: ( ) ja ( ) nein Gestörter Schlaf: ( ) ja ( ) nein

Kognitiver Leistungsabbau? ( ) ja ( ) nein Delir? ( ) ja ( ) nein

Orientierung: ( ) ja ( ) nein nächtl. Unruhe? ( ) ja ( ) nein

Weglauftendenzen? ( ) ja ( ) nein Gesetzliche Betreuung? ( ) ja ( ) nein

( ) Vorsorgevollmacht

Name des Betreuers: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Barthel-Index: ( ) < 30 Pkt. ( ) 30-60 Pkt. ( ) > 60 Pkt.

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Pflegedienst: \_\_\_\_\_

Lebenssituation: ( ) selbstständig bisher ( ) Betreutes Wohnen ( ) Pflegeheim

Vorhandene Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Frührehabilitative Ziele: ( ) selbstständig nach Hause ( ) Pflege zu Hause ( ) Pflegeheim  
( ) Kurzzeitpflege ( ) Mobilität erhalten

Einverständnis zur Verlegung: ( ) ja ( ) nein

---

Unterschrift des Patienten / des Angehörigen