

Anmeldebogen geriatrische Frührehabilitation

AGAPLESION Ev. Krankenhaus
Bethanien Iserlohn gGmbH

Patientendaten

**Klinik für Geriatrie und
Geriatrische Tagesklinik**

Chefarzt Erich Esch
Facharzt für Innere Medizin-
Pneumologie-Geriatrie

Hugo-Fuchs-Allee 3
58644 Iserlohn
T (02371) 212 – 198 (Sekretariat)
T (02371) 212 – 225 (Geriatrie)
F (02371) 212- 298
hanna@bethanien-iserlohn.de

Diakonie

www.bethanien-iserlohn.de
www.agaplesion.de

Anmeldebogen geriatrische Frührehabilitation

Per Fax: 02371 / 212 – 298 oder per Telefon: 02371 / 212 - 225

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

Weglauff Tendenzen? () 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