

Verlegungsantrag zur akutgeriatrischen Behandlung/ Weiterbehandlung

Pat. Aufkleber

Stationär seit: _____

Hausarzt: _____

Gewünschter Verlegungstermin: _____

Barthel- Index

(bitte auch faxen): _____

Versicherung/ Krankenkasse: _____

Allg. Vers. 2- Bett 1- Bett

Wahlarzt Notfall

Verlegende Abteilung und Telefonnr.: _____

Hauptdiagnose: _____

Ggf. OP- Datum: _____ Belastungsstufe: _____

Aktueller (internistischer Handlungsbedarf/ Defizite: _____

Isolationspflichtiger Erkrankungen (z.B. MRSA, VRE;3MRGN, 4MRGN): ja nein

Demenz: V.a. ja leicht mittel schwer nein

Wohnung: eigene alleine m. Partner Heim

Pflegegrade: 1 2 3 4 5 keiner

Geriatrische Multimorbidität: (zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Immobilität/ Gebrechlichkeit | <input type="checkbox"/> Rezidiv. Stürze/ Schwindel/ Gangstörung |
| <input type="checkbox"/> Kognitive Defizite/ Delir/ Demenz | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus/ Wunden | <input type="checkbox"/> Mangel-/ Fehlernährung |
| <input type="checkbox"/> Depression/ Angststörung | <input type="checkbox"/> Schmerz |
| <input type="checkbox"/> Starke Seh-/ und Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> Multimedikation (mehr als 5) |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose/ Elektrolytentgleisung | <input type="checkbox"/> Verzögerte Rekonvaleszenz |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma | |

Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil:

- die Vitalparameter sind nicht durchgehend stabil
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit, die eine aktive Teilnahme in der Rehaklinik verhindert
- Komplikationen bestehen, z.B. Desorientiert, Demenz, Depression, wahnhaftige Symptomatik, Weglauftendenz, Wundkomplikationen, Sehverlust, Hörverlust

Name und Telefonnummer des Ansprechpartners: _____
(zwingend erforderlich)