

## 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)