

**Formular**  
**Übernahme-Konsile zur Geriatrischen**  
**frührehabilitativen Komplexbehandlung aus**  
**externen Kliniken**



Klinikum Vest GmbH, Lipper Weg 11, 45772 Marl

**Klinikum Vest GmbH**  
 Akademisches Lehrkrankenhaus  
 der Ruhr-Universität Bochum  
**Behandlungszentren**  
 Knappschaftskrankenhaus Recklinghausen  
 Paracelsus-Klinik Marl



E-Mail: [info@klinikum-vest.de](mailto:info@klinikum-vest.de)  
[www.klinikum-vest.de](http://www.klinikum-vest.de)

**Behandlungszentrum**  
**Paracelsus-Klinik Marl**  
**Lipper Weg 11, 45772 Marl**  
**Tel. 02365 900 Fax 02365 90 2099**

**Klinik für Geriatrie**  
**Chefarzt Dr. med. Ludger Springob**

Sekretariat: **Tel:** 02365-90-1731  
**Fax** 02365-90-1739

[geriatrie@klinikum-vest.de](mailto:geriatrie@klinikum-vest.de)

**\*\*\*\* Bitte diesen Aufnahmebogen vollständig und lesbar ausfüllen \*\*\*\***

**\*\*\*\* Rückrufnummer bitte angeben - sonst keine zeitnahe Bearbeitung möglich \*\*\*\***

\*\*\*\*

**\*\*\*\* Wichtig: Name + Telefonnummer des anmeldenden Arztes:**

\_\_\_\_\_

**Anmeldende Klinik:** Station: \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_

**Patient:**

Name / Vorname:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse:

(Telefonnummer Patient / Angehörigen:)

\_\_\_\_\_

Wahlleistung:     Chefarzt             1-Bett             2-Bett

Pflegestufe:       0                     I                     II

III                     eingeleitet

Betreuung:         nein                 ja wer? \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht:  ja                     nein / Patientenverfügung     ja     nein

Klinikum Vest	Paracelsus-Klinik		
Version: 04	Erstellt:	Geprüft:	Freigabe:
DokuNr.: FO-01053	von: Hohenberger Tanja	von: Springob, Dr. Ludger	von: Springob, Dr. Ludger
Revision: 15.09.2017			
Seite: 1 von 3	am: 15.09.2015	am: 16.09.2015	am: 16.09.2015

**Formular  
Übernahme-Konsile zur Geriatrischen  
frührehabilitativen Komplexbehandlung aus  
externen Kliniken**



**Rehabilitative Aufnahmediagnose:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vollbelastung       Teilbelastung: \_\_\_\_\_ kg       keine Belastung

**Akutmedizinischer Handlungsbedarf:**

Sturz-Abklärung       RR entgleist

Schmerz-Therapie       BZ entgleist

Weitere Diagnosen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bisheriger Verlauf / ggf. Komplikationen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Therapieziele( *realistische Einschätzung*):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bisherige häusliche Versorgung**

selbstständig     Wohnen bei Angehörigen     Pflegedienst     Heim

**Aktueller Status des/der Patien/in**

Neurologische Störung:       nein       ja => welche: \_\_\_\_\_

Verhalten:       ruhig       unruhig

Kooperation des Patienten:       ja       nein

Orientierung des Patienten       ja       nein     

Nahrungsaufnahme:       selbstständig       unselbstständig       teilweise

Körperpflege:       selbstständig       unselbstständig       teilweise

Toilette:       selbstständig       unselbstständig       teilweise

Klinikum Vest	Paracelsus-Klinik		
Version: 04	Erstellt:	Geprüft:	Freigabe:
DokuNr.: FO-01053	von: Hohenberger Tanja	von: Springob, Dr. Ludger	von: Springob, Dr. Ludger
Revision: 15.09.2017			
Seite: 2 von 3	am: 15.09.2015	am: 16.09.2015	am: 16.09.2015

**Formular**  
**Übernahme-Konsile zur Geriatrischen**  
**frührehabilitativen Komplexbehandlung aus**  
**externen Kliniken**



Vor Krankenhausaufenthalt mobil:  ja  nein  mit Hilfsmitteln

Aktuell Mobil?  ja  nein  mit Hilfsmitteln

Mobilisiert:

Dekubitus:  ja => Grad: \_\_\_\_  nein

Hautdefekte:  ja => \_\_\_\_\_  nein

PEG Sonde:  ja  nein

Stoma:  ja => \_\_\_\_\_  nein

**Kardiopulmonale Belastbarkeit:**

keine Einschränkung  leichte Einschränkungen

wesentliche Einschränkungen

**MRSA-Abstrich:** vom \_\_\_\_\_ von  Nase,  Rachen,  
 sonstigem Ort: \_\_\_\_\_

=> **Ergebnis:**  **POSITIV**  **NEGATIV**

=> **Bei Verlegung ist ein aktueller MRSA-Abstrich nötig**

=> **bitte nicht älter als max. 3 - 5 Tage**

**Diese Anmeldung bitte VOLLSTÄNDIG und LESBAR ausgefüllt zurückfaxen an  
das Sekretariat der Geriatrie, z. Hd. Frau Hohenberger:**

**Fax-Nr.: 02365 – 90 – 1739**

**Vielen Dank!**

Klinikum Vest	Paracelsus-Klinik		
Version: 04	Erstellt:	Geprüft:	Freigabe:
DokuNr.: FO-01053	von: Hohenberger Tanja	von: Springob, Dr. Ludger	von: Springob, Dr. Ludger
Revision: 15.09.2017			
Seite: 3 von 3	am: 15.09.2015	am: 16.09.2015	am: 16.09.2015