

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



Diese Anmeldung bitte VOLLSTÄNDIG und LESBAR ausgefüllt zurückfaxen an  
das Vorzimmer der Geriatrie, z. Hd. Frau Hohenberger/ Frau Volmering:

**Fax-Nr.: 02365 – 901739**

Vielen Dank!

**Klinikum Vest GmbH**

Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Ruhr-Universität Bochum  
info@klinikum-vest.de  
www.klinikum-vest.de

**Behandlungszentrum**

**Paracelsus-Klinik Marl**

**Lipper Weg 11, 45772 Marl**

Tel. 02365 900 Fax 02365 90 2099

**Klinik für Geriatrie und  
Geriatrische Tagesklinik**

**Chefarzt: Dr. med. L. Springob**

Sekretariat: **Tel. 02365-90 1731**

**Fax 02365-90 1739**

Tagesklinik

**Tel. 02365-90 1735**

**Fax 02365-90 1738**

geriatrie@klinikum-vest.De



Gewünschtes Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

**Wichtig: Rückrufnummer bitte angeben - sonst keine zeitnahe Bearbeitung möglich**

**Anmeldende Klinik:**

Station: \_\_\_\_\_ Abteilung: \_\_\_\_\_ vollständige Rufnummer: \_\_\_\_\_

**Wichtig! Telefonnummer anmeldender Arzt/ Pflegeüberleitung:** \_\_\_\_\_

**Patientenname:** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter : \_\_\_\_\_ ( Pat muss über 70 sein)/ Prüfung bei Patienten  
knapp unter 70

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ /  Chefarzt  1-Bett  2-Bett

Pflegegrad  0  I  II  III  beantragt

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

Vorsorgevollmacht:  ja  nein / Patientenverfügung  ja  nein

**Behandlungsbegründende Diagnose ( Rehabilitative-Diagnose):**

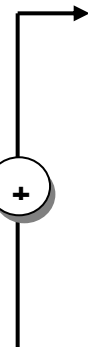
\_\_\_\_\_

**Aktuelle Hauptdiagnose:** \_\_\_\_\_

**Nebendiagnosen:** \_\_\_\_\_

**( nur bei Frakturen und Operationen )**

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



Klinikum Vest	Paracelsus-Klinik		
Version: 08	Erstellt:	Geprüft:	Freigabe:
DokuNr.: FO-01053	von: Hohenberger Tanja	von: Springob, Dr. Ludger	von: Springob, Dr. Ludger
Revision: 09.10.2021			
Seite: 1 von 3	am: 09.10.2019	am: 09.10.2019	am: 09.10.2019

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



→ **Akutmedizinischer Handlungsbedarf:**

- Sturz-Abklärung       RR entgleist       Schmerz-Therapie
- BZ entgleist       sonstiges \_\_\_\_\_

**Bisheriger Verlauf / ggf. komplikativer Verlauf:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Therapieziel( *realistische Einschätzung*):**

\_\_\_\_\_

**Beurteilung der Umsetzbarkeit des Patienten:** \_\_\_\_\_

**Sonstige wichtige Informationen/ Komplikationen** : z.B. Demenz, Desorientiertheit, Psychosen, Wahnhafte Symptomatik, starkes Übergewicht, Sauerstoffgabe, aufwändiger Pflegebedarf, Sonden, DK, PEG, Dialysepflichtig, VAC Pumpe, Trachealkanülen, laufende Chemotherapie, Stoma, Perfusor etc.):

**Infektionen (MRSA, Noro,Clostr.,MRGN usw.) :**

**Durchfall**                       **Erbrechen**

**Status vor der Erkrankung**  selbstständig/Wohnung  Wohnen bei Angehörigen  
 Heim/ Kurzzeitpflege

**Wurde bereits ein Termin für einen Kurzzeitpflegeplatz terminiert?** \_\_\_\_\_

**Aktueller Status des/der Patient/in**

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

Verhalten:       ruhig unruhig       aggressiv       Weglauftendenz

Kooperation/ Motivation des Patienten:  ja                                       nein

Orientierung des Patienten       ja                                       nein                       sonstiges \_\_\_\_\_

Nahrungsaufnahme:                       selbstständig       unselbständig       teilweise

Körperpflege:                               selbstständig       unselbständig       teilweise

Toilette:                                       selbstständig       unselbständig       teilweise

Klinikum Vest	Paracelsus-Klinik		
Version: 08	Erstellt:	Geprüft:	Freigabe:
DokuNr.: FO-01053	von: Hohenberger Tanja	von: Springob, Dr. Ludger	von: Springob, Dr. Ludger
Revision: 09.10.2021			
Seite: 2 von 3	am: 09.10.2019	am: 09.10.2019	am: 09.10.2019

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



Vor Krankenhausaufenthalt mobil:  ja  nein  mit Hilfsmitteln

**Aktuelle** Mobilität  ja  nein  mit Hilfsmitteln

Wie weit wurde der Pat. aktuell mobilisiert: (z.B. Bettkante, Zimmerebene etc.) \_\_\_\_\_

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

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

**PEG Sonde:**  ja  nein **Stoma:**  ja  nein

**Barthel Index:**

**Kardiopulmonale und herabgesetzte Belastbarkeit, die aktive Teilnahme in der Reha Klinik behindern:**

**MRSA-Abstrich:** vom \_\_\_\_\_  Nase,  Rachen,  sonstige \_\_\_\_\_

=> Ergebnis:  POSITIV  NEGATIV

**AHB Antrag für Rehabilitation für eine Reha-Klinik wurde gestellt** ja  nein  abgelehnt

**Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Reha-Klinik , weil....**

- Vitalparameter nicht durchgehend stabil /  Begleiterkrankungen weiter akuter medizinischer Behandlung bedürfen /  sonstiges

**Bei Verlegung ist zwingend ein aktueller MRSA-Abstrich nötig( bitte nicht älter als max. 3 - 5 Tage) und der Verlegungsbericht.** Aufnahmezeiten zwischen 10:00 Uhr und 12:15 Uhr auf der Ebene 6

Klinikum Vest	Paracelsus-Klinik		
Version: 08	Erstellt:	Geprüft:	Freigabe:
DokuNr.: FO-01053	von: Hohenberger Tanja	von: Springob, Dr. Ludger	von: Springob, Dr. Ludger
Revision: 09.10.2021			
Seite: 3 von 3	am: 09.10.2019	am: 09.10.2019	am: 09.10.2019