

St. Martinus-Krankenhaus Düsseldorf

Klinik für Geriatrie | Chefarzt Priv. Doz. Dr. med. Albert Lukas

Fax-Anmeldeformular Geriatrie

Case Management

E-Mail: casemanagement@martinus-duesseldorf.de | Telefax: 0211 917-1349



Patientendaten

Absender

Datum:

Arzt:

Station:

Tel:

GKV Patient

Privatpatient

Privat 1 Bett

Privat 2 Bett

mit CA

ohne CA

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:

Weitere relevante Diagnosen:

Behandlungsziel (bitte beschreiben):

Bei Fraktur:

OP Datum:

voll belastbar

Teilbelastung

kg bis voraussichtlich:

Geriatrische Multimorbidität (zutreffendes bitte ankreuzen)

Rez. Stürze, Schwindel, Gangstörung

Dekubitus/Wunden

chronische Schmerzen

Kognitive Defizite, Delir, Demenz

Frailty /Gebrechlichkeit

starke Seh- /Hörminderung

Depression/Angststörung

Exsikkose/Elektrolytstörung

Multimedikation (>5)

Inkontinenz (Urin/Stuhl)

Mangel-/Fehlernährung

rez. Krankenhausaufenthalte

Weglauftendenz

Aggressivität

Diarrhoen

Iso Notwendigkeit

Infektionen (Clostridien, Noro-/Rota – Viren, 4 MRGN, 3 MRGN, VRE, CoV-2 etc.)

Nein Ja, nämlich:

Antibiotikatherapie mit:

MRSA Abstrich erfolgt

ausstehend

Besiedelung nachgewiesen

> Lokalisation:

Dialysepflichtig

Nein

Ja

Wunden

Nein

Ja > Lokalisation/ Grad und Ausmaß:

St. Martinus-Krankenhaus Düsseldorf

Klinik für Geriatrie | Chefarzt Priv. Doz. Dr. med. Albert Lukas

Fax-Anmeldeformular Geriatrie - Seite 2

Case Management

E-Mail: casemanagement@martinus-duesseldorf.de | Telefax: 0211 917-1349



Status vor Erkrankung:

Selbständig / eigene Wohnung > alleine mit Angehörigen

Pflegeheim / Senioreneinrichtung > Name der Einrichtung:

betreutes Wohnen ohne festen Wohnsitz Sonstiges:

Mobilität / Stabilität (vor Erkrankung)

Bettlägerig Transfer mit Hilfe Transfer selbständig

mobil mit Hilfsmittel mobil mit Begleitung selbständig

Pflegegrad:

ohne PG1 PG2 PG3 PG4 PG5 beantragt am:

Angehörige / Bezugsperson Name:

Tel:

Vollmachten vorhanden: nein ja

Vollmachtnehmer/in Name:

Tel:

Gesetzliche Betreuung beantragt am:

AZ:

nicht vorhanden bereits vorhanden

Name des Betreuers/in:

Tel:

Frühreha / geriatriische Komplexbehandlung in den letzten 6 Monaten?

Nein Ja, nämlich:

Wurde bereits eine AHB / Reha-Maßnahme beantragt?

Nein Ja, nämlich ((bitte Klinik und Kostenträger nennen):

COVID19-Impfstatus:

Erstimpfung Zweitimpfung Booster-Impfung Genesen Keine

Anmeldung für:

Akut Geriatrie Komplexbehandlung Alterstraumatologie kognitive Station Tagesklinik

Bitte füllen Sie das Formular möglichst vollständig aus!

Bitte fügen Sie diesem Fax Vorbefunde, Erregernachweise, eine vollständige Medikamentenliste, ggf. Verlegungsberichte sowie einen Barthel Index bei.