


Anmeldung für
akutgeriatrische Krankenhausbehandlung:

(Achtung: Die stationäre Behandlung kann über einen Zeitraum von 14 Tagen andauern.)

Hauptbehandlungsdiagnose

(nach OP oder akutem Ereignis bitte Datum angeben):

Krankenkasse: _____

Bisher wohnhaft:

Häuslichkeit
 Pflegeheim

Geriatrische Reha beantragt
 AHB beantragt

Angabe Pflegegrad (2 – 5): _____

Nachweis zum Pflegegrad bitte mitbringen!

Begründung für den akutstationären Behandlungsbedarf
Zustand des Patienten/der Patientin

COVID 19 Impfung erfolgt

Nur bei Frakturen:

Vollbelastung erlaubt
 Teilbelastung mit _____ kg für _____ Wochen
 Nicht belastbar

Mobilität

Bettlägerig
 Bettkante
 Im Zimmer mobil
 Hilfsmittelbedarf

Sonstiges

Schwere Demenz/unruhig
 Dysphagie (Schluckstörung)
 Ernährungssonde (PEG/nasal)
 Intravenöse Medikation
 Sauerstoffpflicht
 Starkes Übergewicht (Gewicht > 120 kg)
 Wunden
 Dekubitus

Isolationszimmer erforderlich:

MRSA
 andere: _____

Anmeldung durch

Klinik:
 Tel.
 Fax.

Station:

Hausarzt:
 Tel.
 Fax.

Frühestmöglicher Verlegungszeitpunkt/Wunschtermin:

Angehörige mit Telefon:

Betreuer mit Telefon:

Bitte mit dem Geriatrischen Screening nach Lachs et al. zurück faxen an 0351 4440 2544.

| | | |
|---|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten geb. am | | |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Geriatrisches Screening nach Lachs et al. (1990)

Das Geriatrische Screening nach Lachs beschreibt Störungen, Schwierigkeiten und Risiken. Diese können für die weitere Behandlungsplanung und den weiteren Behandlungsverlauf von Bedeutung sein. Bitte lassen Sie den Patienten kleinere Aufgaben erfüllen und beantworten gemeinsam mit ihm die Fragen. Sollte die Beantwortung der Fragen bzw. Erfüllung der Aufgabe seitens des Patienten nicht möglich sein, dann setzen Sie ein Kreuz und zählen diese am Ende der Tabelle zusammen.

| Nr. | Problem | Untersuchung | Auffällig (pathologisch) | X |
|--------------------|-----------------------|---|--|-------|
| 1 | Sehen | Fingerzahl mit Brille in 2 Meter Entfernung erkennen Nahvisus oder Lesen einer Überschrift Frage: <i>Hat sich Ihre Sehfähigkeit in letzter Zeit verschlechtert?</i> | Kein korrektes Erkennen bzw. Lesen möglich oder Antwort JA auf Frage | |
| 2 | Hören | Flüstern von Zahlen aus 50 cm Entfernung in das angegebene Ohr, während das andere Ohr zugehalten wird: Linkes Ohr: 6 – 1 – 9 Rechtes Ohr: 2 – 7 – 3 | Mehr als eine Zahl wird falsch erkannt | |
| 3. | Arme | 1. Beide Hände hinter den Kopf legen lassen 2. Kugelschreiber vom Tisch (oder von der Bettdecke) aufnehmen lassen | Mindestens eine Aufgabe wird nicht gelöst | |
| 4. | Beine | Aufstehen, einige Schritte gehen und wieder hinsetzen lassen | Keine Aufgabe kann selbstständig ausgeführt werden | |
| 5. | Blasenkontinenz | Frage: <i>Konnten Sie in letzter Zeit den Urin versehentlich nicht halten?</i> | Antwort JA | |
| 6. | Stuhlkontinenz | Frage: <i>Konnten Sie in letzter Zeit den Stuhl versehentlich nicht halten?</i> | Antwort JA | |
| 7. | Ernährung | Schätzen des Körpergewichts der untersuchten Person | Unter- oder Übergewicht | |
| 8a. | Kognitiver Status | Nennen der folgenden drei Begriffe mit der Aufforderung, diese anschließend zu wiederholen und sich zu merken: Apfel – Pfennig – Tisch | | |
| 9. | Aktivität | Fragen: - <i>Können Sie sich selbst anziehen?</i> - <i>Können Sie mindestens eine Treppe steigen?</i> - <i>Können Sie selbst einkaufen gehen?</i> | Mindestens eine NEIN-Antwort | |
| 10. | Depression | Frage: <i>Fühlen Sie sich oft traurig oder niedergeschlagen?</i> | Antwort JA (oder ggf. Eindruck) | |
| 8b. | Kognitiver Status | Frage: <i>Welche Begriffe (8a) haben Sie sich gemerkt?</i> | Einen oder mehrere Begriffe vergessen | |
| 11. | Soziale Unterstützung | Frage: <i>Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen und die Ihnen zu Hause regelmäßig helfen können?</i> | Antwort NEIN | |
| 12. | Allg. Risiko | Frage: <i>Wann waren Sie zum letzten Mal im Krankenhaus?</i> | vor weniger als drei Monaten | |
| 13. | | Frage: <i>Sind Sie in den letzten drei Monaten gestürzt?</i> | Antwort JA | |
| 14. | | Frage: <i>Nehmen Sie regelmäßig mehr als 5 verschiedene Medikamente?</i> | Antwort JA | |
| 15. | | Frage: <i>Leiden Sie häufig unter Schmerzen?</i> | Antwort JA | |
| Auswertung: | | | Anzahl auffällige Ergebnisse: | _____ |

Bitte mit dem Anmeldebogen zurück faxen an 0351 4440 2544.