

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



**Anmeldung für
akutgeriatrische Krankenhausbehandlung:**
(Achtung: Die stationäre Behandlung kann über einen Zeitraum von 14 Tagen andauern.)

<p>Hauptbehandlungsdiagnose (nach OP oder akutem Ereignis bitte Datum angeben):</p>	<p>Krankenkasse: _____</p> <p>Bisher wohnhaft: <input type="checkbox"/> Häuslichkeit <input type="checkbox"/> Pflegeheim</p> <p><input type="checkbox"/> Geriatrische Reha beantragt <input type="checkbox"/> AHB beantragt</p> <p>Angabe Pflegegrad (2 – 5): _____</p> <p>Nachweis zum Pflegegrad bitte mitbringen!</p>
<p>Akut behandlungsbedürftige Nebendiagnosen</p>	<p>Zustand des Patienten/der Patientin</p> <p><input type="checkbox"/> COVID 19 Impfung erfolgt</p> <p>Nur bei Frakturen: <input type="checkbox"/> Vollbelastung erlaubt <input type="checkbox"/> Teilbelastung mit _____ kg für _____ Wochen <input type="checkbox"/> Nicht belastbar</p>
<p>Begründung für den akutstationären Behandlungsbedarf</p>	<p>Mobilität <input type="checkbox"/> Bettlägerig <input type="checkbox"/> Bettkante <input type="checkbox"/> Im Zimmer mobil <input type="checkbox"/> Hilfsmittelbedarf</p> <p>Sonstiges <input type="checkbox"/> Schwere Demenz/unruhig <input type="checkbox"/> Dysphagie (Schluckstörung) <input type="checkbox"/> Ernährungssonde (PEG/nasal) <input type="checkbox"/> Intravenöse Medikation <input type="checkbox"/> Sauerstoffpflicht <input type="checkbox"/> Starkes Übergewicht (Gewicht > 120 kg) <input type="checkbox"/> Wunden <input type="checkbox"/> Dekubitus</p> <p>Isolationszimmer erforderlich: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> andere: _____</p>
<p>Anmeldung durch</p> <p><input type="checkbox"/> Klinik: _____ Station: _____ Tel. Fax.</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarzt: Tel. Fax.</p>	<p>Frühestmöglicher Verlegungszeitpunkt/Wunschtermin:</p> <p>Angehörige mit Telefon:</p> <p>Betreuer mit Telefon:</p>

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 selbständig 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:	<input type="text"/>

Bitte mit dem Anmeldebogen zurück faxen an 0351 4440 2544.