

Klinik für Geriatrie und Innere Medizin

Chefärztin Dr. Christine Weis
Semmelweisstraße 7
67071 Ludwigshafen-Oggersheim

Telefon 0621 6819-255
Fax: 0621 6819-257



**Krankenhaus
Zum Guten Hirten
Ludwigshafen**

Eine Einrichtung der Krankenhaus-Stiftung
der Niederbronner Schwestern

Anmeldung zur geriatrischen frührehabilitativen Komplextherapie (GKT)

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Antwortfax an: _____ und Telefonnr. _____

Gewünschte Aufnahme ab (Datum): _____

Hausarzt: _____

Vollstationär im Einbettzimmer _____ Zweibettzimmer _____

Aktuelles Problem und Begleiterkrankung (auszufüllen vom Arzt):

Behandlungsziel (auszufüllen vom Arzt)

Klinik für Geriatrie und Innere Medizin

Chefärztin Dr. Christine Weis
Sammelweisstraße 7
67071 Ludwigshafen-Oggersheim

Telefon 0621 6819-255
Fax: 0621 6819-257



**Krankenhaus
Zum Guten Hirten
Ludwigshafen**

Eine Einrichtung der Krankenhaus-Stiftung
der Niederbronner Schwestern

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Häusliche Versorgung: im eigenen Haushalt bei Angehörigen im Alten-/Pflegeheim

Mobilität vor Akutereignis: unabhängig (auch mit Hilfsmittel) nur in Begleitung

immobil/bettlägerig

Angehörige: _____ Tel.: _____

Gesetzlicher Betreuer: _____ Tel.: _____

Sprache: _____ Aktuelles Gewicht: _____

Aktueller Barthel-Index	selbstständig	mit Unterstützung	nicht möglich
1. Essen	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0
2. Bett/ (Rollstuhl-)Transfer	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0
3. Waschen	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
4. Toilettengang	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0
5. Baden	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
6. Gehen/ Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0
7. Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0
8. An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0
9. Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0
10. Harnkontrolle	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0
GESAMTPUNKTZAHL:	_____		

Weglaufgefährdung ja nein

Orientierungsfähigkeit des Patienten: voll zeitweise nicht orientiert

Demenz: ja nein

Durchgangssyndrom/Delir: ja nein

Verhaltensauffälligkeiten: ja nein wenn ja, welche _____

Tag-Nacht-Rhythmus gestört: ja nein

Motivation zur Mobilisierung: ja nein

Klinik für Geriatrie und Innere Medizin

Chefärztin Dr. Christine Weis
 Semmelweisstraße 7
 67071 Ludwigshafen-Oggersheim

Telefon 0621 6819-255
 Fax: 0621 6819-257



**Krankenhaus
 Zum Guten Hirten
 Ludwigshafen**

Eine Einrichtung der Krankenhaus-Stiftung
 der Niederbronner Schwestern

- Versorgt mit:**
- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter | <input type="checkbox"/> Anus praeter |
| <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> transnasale Magensonde | <input type="checkbox"/> Tracheostoma |
| <input type="checkbox"/> sonstige | | |

Komplikationen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung | <input type="checkbox"/> Dekubitus: Grad: | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> O ₂ -pflichtig | <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Durchfallerkrankung |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | | |

Multiresistente Erreger: (auszufüllen vom Arzt)	Status/Relevanz		
	Sanierungs-/ Behandlungsbedürftige Infektion	Asymptomatischer Träger: Isolation erforderlich	Z. n. Trägertum (erfolgreich saniert)
<input type="checkbox"/> keine			
<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> VRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4-MRGN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lokalisation des Abstrichs:			

Bei Frakturen/TEP (auszufüllen vom Arzt):

- Vollbelastung Teilbelastung: _____ kg Entlastung bis: _____

 Datum

 Name des Arztes und Telefonnummer

 Unterschrift und
 Stempel der Klinik oder der Praxis