

## Fax-Anmeldeformular Geriatrie Thüringen nach § 39 SGB V



Landesverband Geriatrie  
Hessen-Thüringen

<input type="radio"/>	Zentrum für Geriatrie, Helios Klinikum Erfurt	Fax: 0361 - 7812902
<input type="radio"/>	Klinik für Geriatrie, Universitätsklinikum Jena	Fax: 03641 - 934902
<input type="radio"/>	Fachklinik für Geriatrie, Lengenfeld unterm Stein	Fax: 036027 - 75459
<input type="radio"/>	Geriatrische Fachklinik „Georgenhaus“, Meiningen	Fax: 03693 - 456817
<input type="radio"/>	Fachklinik für Geriatrie, Kreiskrankenhaus Ronneburg	Fax: 036602 - 55203
<input type="radio"/>	Thüringen-Kliniken "Georgius Agricola", Rudolstadt	Fax: 03672 - 4564403
<input type="radio"/>	Geriatrische Abteilung DRK Krankenhaus Sondershausen	Fax: 03632 - 671242

Patientendaten <i>(Aufkleber)</i>	Stempel des Antragstellers
Name, Vorname	
geb.	
Krankenkasse	stationär seit
Versicherten-Nr.	Station
Hausarzt	Telefon
	Arzt

**behandlungsbegründende Hauptdiagnose**

**weitere relevante Diagnosen**

Operation	bei Frakturen	
OP-Datum	<input type="radio"/> voll belastbar	<input type="radio"/> teilbelastbar ab                      mit                      kg
	<input type="radio"/> übungstabil	<input type="radio"/> keine Belastung bis

Status vor Erkrankung					
<input type="radio"/> allein lebend	<input type="radio"/> selbständig	<input type="radio"/> eigene Wohnung	<input type="radio"/> Kurzzeitpflege	<input type="radio"/> familiäre Versorgung	
<input type="radio"/> mit Angehörigen	<input type="radio"/> hilfsbedürftig	<input type="radio"/> betreutes Wohnen	<input type="radio"/> Pflegeheim	<input type="radio"/> Pflegedienst:	
<b>Pflegegrad</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	<input type="radio"/> Antrag gestellt				

Ansprechpartner	Telefonnummer
<input type="radio"/> Angehöriger <input type="radio"/> VS-Bevollmächtigter <input type="radio"/> Betreuer	

**Ist die Rückkehr in die bisherige Wohnumgebung aktuell gewährleistet?**     ja     nein     zweifelhaft

**Geriatric typische Multimorbidität** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit / Immobilität   | <input type="checkbox"/> kognitive Defizite / Demenz  | <input type="checkbox"/> verzögerte Rekonvaleszenz    |
| <input type="checkbox"/> rezidivierende Stürze / Gangstörung   | <input type="checkbox"/> Delir                        | <input type="checkbox"/> Mangel- / Fehlernährung      |
| <input type="checkbox"/> Schwindel   | <input type="checkbox"/> Depression / Angststörung    | <input type="checkbox"/> Inkontinenz                  |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose / Elektrolytentgleisung   | <input type="checkbox"/> starke Seh- / Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> Dekubitus / Wunden           |
| <input type="checkbox"/> Schmerz ( <input type="checkbox"/> akut / <input type="checkbox"/> chronisch) |   | <input type="checkbox"/> Multimedikation (mehr als 5) |

**die Patientin / der Patient ist**

**benötigt Hilfe beim**

- |                   |                             |                               |                      |                             |                               |               |                             |                               |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------|-----------------------------|-------------------------------|
| kooperationsfähig | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | selbständig gehfähig | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Essen         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| motiviert         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | mit Hilfe gehfähig   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Transfer      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| orientiert        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | nicht gehfähig       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | An-/Ausziehen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| verwirrt          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Rollstuhlfahrer      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Waschen       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|                   |                             |                               |                      |                             |                               | Toilettengang | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ggf. <b>Barthel-Index</b>	Punkte
------------------------------	--------

**Besonderheiten**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung    | <input type="checkbox"/> Kontrakturen         | <input type="checkbox"/> Urininkontinenz           |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung   | <input type="checkbox"/> Amputation           | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz          |
| <input type="checkbox"/> Magensonde / PEG | <input type="checkbox"/> Extremitätenprothese | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter / Cystofix |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma     | <input type="checkbox"/> NIV-Beatmung         | <input type="checkbox"/> Stomaversorgung           |

**Keime/Erreger**

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clostridien                 | <input type="checkbox"/> 3 MRGN |
| <input type="checkbox"/> Norovirus                   | <input type="checkbox"/> 4 MRGN |
| <input type="checkbox"/> Rotavirus                   | <input type="checkbox"/> VRE    |
| <input type="checkbox"/> hygienerelevante Erkrankung | <input type="checkbox"/> MRSA   |

<b>Lokalisation</b>
---------------------

**Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, weil**

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- Komplikationen bestehen  
(z. B. *Desorientiertheit / wahnhaftige Symptome / Weglauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust*)

- bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen (bitte Erkrankung anführen)

<b>weitere Bemerkungen / Hinweise</b>	<b>Anmelder (Stempel)</b>
	Rücksprache unter Tel.-Nr.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift