

# St. Martinus-Krankenhaus Düsseldorf

Klinik für Geriatrie | kommissarische Chefärztin: Frau Dr. med. Morgane Legendre

## 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      Diarrhoe      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 | kommissarische Chefärztin: Frau Dr. med. Morgane Legendre

Fax-Anmeldeformular Geriatrie - Seite 2

## Case Management

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



## **Status vor Erkrankung:**

Selbständige / 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 selbstständig

### 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 / geriatrische 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.**