



Anmeldeformular

Helios Klinikum Bonn/Rhein-Sieg / Zentrum für Altersmedizin Chefarzt Dr. J. F. Wagner
Kontaktdaten: Von-Hompesch-Str.1 53123 Bonn Tel. 0228 6481-1152 Fax. 0228 6481-11891

Bitte Patientenadrema aufkleben! Mindest-Informationen: 1. Patientenvor- und -zuname, Geb.-Datum 2. Anschrift des Patienten 3. Einweisende/s Krankenhaus oder Arztpraxis 4. Telefonnummer der Station oder Praxis	Gewünschtes Aufnahme datum:	<input type="checkbox"/> Station
	Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> kein PG <input type="checkbox"/> beantragt
	1-Bett Versicherung <input type="checkbox"/> 2-Bett Versicherung <input type="checkbox"/>	Hausarzt:
	Krankenkasse:	

Zwingende Voraussetzung: Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil ... (zutreffendes bitte ankreuzen)

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit, welche die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- Komplikationen / Komorbiditäten bestehen: (z.B. Desorientiertheit/Delir/Demenz/Depression/Wundkomplikationen)
- bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen (z.B. Schmerz, dekompensierte Herzinsuffizienz, Infektionen, etc.).

Status vor Erkrankung (bisheriges soziales Umfeld)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Selbständig/Wohnung | <input type="checkbox"/> Altenheim/Betreutes Wohnen | <input type="checkbox"/> Altenheim/Pflegebereich |
| <input type="checkbox"/> 24-Stundenbetreuung | | |
| <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht | <input type="checkbox"/> Angehörige / Tel.: _____ | |
| gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/> Ja | Name: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nein | Tel.: _____ | |

Diagnosen

Stationär in verlegender Klinik seit: _____

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit weil: _____

Hauptdiagnose: _____

Weitere relevante/n Diagnose/n: _____



Anmeldeformular

Bei Frakturen

OP-Termin: _____ **Vollbelastung** Ja Nein **Teilbelastung** bis wann: _____/kg: _____

Besonderheiten

Isolation Ja Nein Dialyse Ja Nein
 Erbrechen Ja Nein Weglauftendenz Ja Nein
 Durchfall Ja Nein Aggressivität Ja Nein
 Infektionen/MRE (Noro/Clost /MRGN/ /VRE) Ja Nein Bei Ja: Welche? _____
 Antibiotika/Chemotherapeutika Ja Nein Bei Ja: Welche? _____
 Nasogastr./Sonde PEG Tracheostoma

Kurzassessment

Funktion/Ausprägung	normal/o.B.	leicht gestört/reduziert	schwer gestört/reduziert	schwerstens gestört/ reduziert
Bett verlassen können (Transfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen können (Sturzneigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege + Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören/Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum / Unterschrift
des zuweisenden Arztes: _____
(Name in Druckbuchstaben)

Tel.-Nr. für Rückfragen: _____

Stempel des Einweisers: