Kompetenzzentrum für Geriatrie **St. Elisabeth**

FACHKLINIK FÜR GERIATRIE

St. Elisabeth-Krankenhaus • Bahnhofstraße 19 • 99976 Lengenfeld unterm Stein

Telefon: 036027 75-470
Telefax: 036027 75-5505

Patientenanmeldung für einen tagesklinischen Aufenthalt

(nur zur Abstimmung zwischen dem Hausarzt und unserer Geriatrischen Fachklinik)

Erklärung zur geschlechterneutralen Formulierung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechterneutrale Differenzierung verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleicher-maßen für alle Geschlechter.

Gewünschter Aufnahmetermin in unserem Haus: _____

Persönliche Angaben des Patienten:

Name: _____ geb. am: _____

Vorname: _____ Telefon-Nr.: _____

Adresse: _____

Behandlungsrelevante Diagnosen:

_____

_____

_____

_____

_____

Zielstellung für den teilstationären Aufenthalt in unserem Haus:

_____

_____

_____

_____

Stationäre Aufenthalte des letzten Jahres:
(Zeitraum sowie Hauptdiagnose)

_____

_____

_____

_____

Bitte Arztbrief, alle notwendigen Vorbefunde und die letzten Röntgenaufnahmen mitschicken!

Komplikationen: ja ☐ nein ☐
wenn ja, welche?

Wundheilungsstörung ☐

Demenz (höhergradig) ☐

Infektiöse Erkrankung ☐

Sonstiges _____

Aufnahmekriterien, die vollständig zutreffen müssen:

1. biologisch älter als 70 Jahre. ☐
2. Multimorbidität *(mehr als drei behandlungsbedürftige Erkrankungen)* ☐
3. Abfall des Barthel-Index um 20 Punkte, der mit ambulanten Mitteln nicht gebessert werden kann, wobei der Gesamtbarthel nicht < 70 sein sollte. ☐
4. Pat. leidet an Erkrankungen, die bei Belastungssteigerung eine Verschlechterung erfahren können und daher unter ärztlicher Beobachtung stehen müssen. *(z.B. nicht optimal kompensierte Herzinsuffizienz)* ☐
5. Dekompensation des sozialen Umfeldes *(Angehörige bzw. Pflegedienst sind nicht mehr in der Lage, eine weiter drohende Verschlechterung des Selbsthilfestatus zu verhindern)* ☐
6. Pat. benötigt Therapien aus mindestens 2 Therapeutengruppen. (Physio -, Ergotherapie, Logopädie) ☐
7. Der Gesundheitszustand des Patienten zeigt progrediente Verschlechterung sodass eine vollstationäre Behandlung ohne tagesklinische Intervention absehbar wäre. ☐

_____ _____
Datum Unterschrift / Stempel des Arztes