



Zuweiser (Krankenhaus/Abteilung): _____

Station: _____ Kontaktperson: _____

Tel.: _____ DW Station: _____ DW Entlassungsmanagement: _____

bestätigtes Aufnahmedatum durch die AGR: _____

Familiename:	
Vorname:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum:	Soz.Vers.Nr.:

Sonderklasse: 1-Bett / 2-Bett Allgemeine Klasse: Übernahme: Sofort ab Datum: _____

Diagnosen: _____

Herzinsuff./kardiale Dekompensation respiratorische Insuffizienz/COPD post-OP Komplikation sauerstoffpflichtig

OP-Art(en), Implantiertes Material, Gips, Cast, Fixateur etc. _____

OP-Datum: _____

Wunde: nein ja wenn ja, dann bitte Heilungsverlauf beschreiben (besonders VAC, Antibiose, Plast. Chirurgie., Maßnahmen...): _____

Aktuelle Infektion: Clostridien MRGN MRSA VRE keine bekannt
 andere Infektionen: _____ Kein Ausschlussgrund, Information dient organisatorischen Zwecken.

Therapieziel: _____

Situation vor der Aufnahme:			
Wohnen:	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Pflegeheim Appartement/Betr. Wohnen Einrichtung: _____	<input type="checkbox"/> Pflegeheim Bettenstation Einrichtung: _____
Mobilität:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfspersonen	<input type="checkbox"/> nicht geh fähig <input type="checkbox"/> bettlägerig seit: _
Sturzgeschehen innerhalb der letzten 3 Monate:	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, am: _____
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel: _____	<input type="checkbox"/> Gehstrecke vor KH-Aufenthalt ca. _____ Meter
Erwachsenenvertretung	<input type="checkbox"/> vorhanden		angeregt, am: _____
Situation derzeit:			
Mobilität:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfspersonen: _____	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel: _____
	Gehstrecke derzeit: ca. _____ m	<input type="checkbox"/> nicht gehfähig	<input type="checkbox"/> bettlägerig seit: _____
Pflegebedarf	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme
Haut:	<input type="checkbox"/> Dekubitus: Wunddokumentation bitte anhängen!		<input type="checkbox"/> Sonstige Wunden: Wunddokumentation bitte anhängen!
Sonstiges:	(PEG-Sonde, Cystofix, Stoma, Schmerzpumpen o. ä.):		
Kognitiv:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> desorientiert/ Delir	<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Depression
Pflegegeld	<input type="checkbox"/> Pflegegeld vorh.	<input type="checkbox"/> PG-Stufe:	<input type="checkbox"/> Erhöhung beantragt, am _____ <input type="checkbox"/> Pflegegeldantrag eingereicht am: _____
Sonstige Anträge:	<input type="checkbox"/> Rehab. beantragt, am _____	<input type="checkbox"/> Pflegeheim Appartement/Betr. Wohnen beantragt, am _____	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege eingereicht, am _____ <input type="checkbox"/> Langzeitpflege eingereicht am: _____
Geplante Entlassung	<input type="checkbox"/> nach Hause	<input type="checkbox"/> Pflegeheim Apartment/ Betr. Wohnen:	<input type="checkbox"/> Pflegeheim Bettenstation

BITTE WENDEN!



Einschlusskriterien (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- > 65. Lebensjahr ja nein
- Drohende oder neu eingetretene Einschränkung der Selbstständigkeit ja nein
- Realistische Perspektive auf Erlangung der Selbstständigkeit im Alltag innerhalb von 3 Wochen nach AGR Übernahme. ja nein
- Nach dem Aufenthalt soll eine Entlassung in die Privatwohnung bzw. in die vorbestehende Pflegeeinrichtung gewährleistet sein. ja nein
- Ist eine Entlassung nach Hause innerhalb von 3 Wochen nach AGR Übernahme nicht möglich, muss die Weiterversorgung (z.B. Kurzzeitpflege, befristete Pflege, 24h Pflege, ...) bereits vor der Transferierung eingeleitet worden sein. ja nein

Ausschlusskriterien (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Aktive Infektionserkrankungen (z.B. Covid-19 Infektion, Influenza, Pneumonie) ja nein
- Immobilität und fehlendes Remob-Potential ja nein
- VAC Versorgung ja nein
- Aktuell laufende Dialyse, laufende Strahlentherapie ja nein
- Terminale Erkrankung ja nein
- Akute Erkrankung, die den Patienten nicht rehabilitieren lässt (akuter Herzinfarkt, Lungenembolie, akuter Schlaganfall etc.) ja nein
- Pflegepatient (Pat. für PH/ Übergangspflege/ Kurzzeitpflege angemeldet) ja nein
- Fortgeschrittene Demenz oder schwere geriatrische/psychiatrische Grunderkrankung ja nein
- Akute psychiatrische Erkrankung (z.B. Borderline Krise, Delir, HOPS, schwere Depression Bewusstseinsstörung, Entzugssyndrome, kataton-stuporöser Zustand) ja nein
- Intensivstationspflichtige Erkrankung ja nein

Datum

Unterschrift des zuweisenden Arztes

Dieses Formular gilt als Voranmeldung.

Aufgrund der beschränkten Bettenkapazität können wir nicht alle Aufnahmeansuchen berücksichtigen. Ob eine Aufnahme erfolgen kann, entscheidet das Team der Akutgeriatrie. Bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt.

Es können nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formulare bearbeitet werden.

Wir weisen ebenfalls darauf hin: Sollte die*der Patient*in nicht den Anforderungen der AGR entsprechen, sehen wir uns leider gezwungen, die Patienten umgehend an Ihre Abteilung zurück zu transferieren.

DANKE, das Betreuungsteam der Akutgeriatrie