



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**