

Geriatrischer Schwerpunkt Landkreis Schwäbisch Hall

Ihr Ansprechpartner

Dr. med. Dipl.-Geront. Norbert Andrejew
 - Chefarzt -
 Telefon: 0791/ 753-5160 Fax: 0791/753-5161
 Email: Birgit.Bethke@dasdiak.de

Akut-Geriatrie

Sehr geehrte Frau Kollegin,
 sehr geehrter Herr Kollege!

Ziel der geriatrischen Behandlung sind der Erhalt und die Verbesserung der Selbständigkeit älterer Patienten nach erlittener Erkrankung.
 Zur besseren Therapieplanung bitten wir Sie, dieses Anmeldeformular auszufüllen.

Identifikation des geriatrischen Patienten

JA **NEIN**

Alter (in der Regel \geq 70 Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multimorbidität (\geq 2 behandlungsbedürftige Erkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkung/en der Selbständigkeit im Alltag bereits eingetreten oder absehbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnose: _____

1. Orientierung:

JA **NEIN**

Zur Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zum Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Mobilität:

Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhlfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen mit Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Körperpflege:

Selbständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Inkontinenz:

Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Dekubitalulcus:

6. Soziales:

Eigene Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnen bei Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seniorenheim (Pflegebereich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung durch Sozialstation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist ein Pflegeheimplatz beantragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Kommunikation:

Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Nahrungsaufnahme:

Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondenernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Ansprechpartner/ Tel. des Zuweisers

 Anmeldedatum

 Unterschrift und Stempel