



ANMEDLEFORMULAR
FAX 0631-203-1412

Internistische Geriatrie, Klinik für Innere Medizin 3, Westpfalz-Klinikum Standort Kaiserslautern

Checkliste – Geriatriischer internistischer Behandlungsbedarf

<p>Patient (Etikett):</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____ Geb.-Datum: _____</p> <p>Wohnort, Straße _____</p> <p>Telefonnummer Patient: _____</p>	<p>Krankenkasse:</p> <p><input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 2-Bett</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Bett</p> <p>Zuweiser <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Hausarzt</p> <p>Klinik / Arzt: _____</p> <p>Telefonkontakt: _____</p>
--	--

- Lebensalter \geq 70 Jahre
- Gewünschter Aufnahmeterrmin: _____

Akutmedizinischer internistischer Behandlungsbedarf (Begründung der stationären Behandlung):

Behandlungsrelevante Hauptdiagnose/n:

Weitere Diagnose/n:

Barthel-Index: _____ Punkte **ISAR-Score** (geriatisches Screening): _____ Punkte

Infektionen/Problemkeime (Noro / MRSA / VRE / Clostridoides / 3-MRGN / 4-MRGN / Covid-19)

- nein ja welcher Erreger ? Lokalisation _____

Mobilität: mobil mit Hilfe Gehstock Rollator Rollstuhl immobil

Wohnstatus vor Erkrankung: allein lebend selbständig eigene Wohnung mit Angehörigen

hilfsbedürftig Pflegedienst Betreutes Wohnen Pflegeheim

Pflegegrad: nein I II III IV V eingeleitet

OP-Datum: _____ bei Fraktur vollbelastbar teilbelastbar ab: _____ mit: _____ kg

Übungsstabil keine Belastung bis: _____

Sonstiges: O₂-Therapie DK PEG Port Stoma Tracheostoma Dialyse

Kontakt, Ansprechpartner: Angehöriger VS-Bevollmächtigter Betreuer

Telefonnummer: _____

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

BITTE BEACHTEN: Wichtige Unterlagen mitgeben – Medikationsplan, Arztbriefe, Laborwerte, Bildgebung.

Erstellt Paula Schumacher	Geprüft Prof. Dr. J. Rädle	Freigabe Prof. Dr. J. Rädle	Version: 1-2024 Lfd. Nr. 1	Revision Nr.
14.08.2024	14.08.2024	20.08.2024	20.08.2024	Datum: