

Geriatric typische Multimorbidität*(aktuellen Status bitte ankreuzen)*

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit | <input type="checkbox"/> Immobilität | <input type="checkbox"/> kognitive Defizite/Demenz | <input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung |
| <input type="checkbox"/> rezidivierende Stürze/Gangstörung | <input type="checkbox"/> Delir | <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung | <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden |
| <input type="checkbox"/> Schwindel/Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> starke Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> verzögerte Rekonvaleszenz | <input type="checkbox"/> Multimedikation (≥ 5) |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung | | | <input type="checkbox"/> Kontinenzprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schmerz (<input type="checkbox"/> akut/ <input type="checkbox"/> chronisch) | | | <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl |

die Patientin / der Patient ist aktuell

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kooperationsfähig | <input type="checkbox"/> selbständig gehfähig |
| <input type="checkbox"/> orientiert | <input type="checkbox"/> mit Hilfsperson gehfähig |
| <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> nicht gehfähig |
| <input type="checkbox"/> hin-/weglaufgefährdet | <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer |

die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Transfer |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> An-/Ausziehen |
| <input type="checkbox"/> Toilettengang | |

Besonderheiten

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Kontrakturen | <input type="checkbox"/> Stomaversorgung | <input type="checkbox"/> Demers/Shaldon Katheter |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> NIV/CPAP-Beatmung | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> Dialyse |
| <input type="checkbox"/> Magensonde / PEG | <input type="checkbox"/> O ₂ -Therapie | <input type="checkbox"/> Port | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> chronisch | <input type="checkbox"/> ZVK | _____ |

Hygienerrelevante Erkrankungen *(bitte aktuelle Befunde mitschicken)*

- Diarrhöe
- Clostridoides Norovirus
- VRE 3 MRGN / Erreger und Lokalisation _____
- MRSA 4 MRGN / Erreger und Lokalisation _____
- COVID-19 Abstrich erfolgt
- positiv
- negativ
- _____ Datum Befund

Sonstige _____

Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, da
(vom Arzt auszufüllen!)

- aktuell bestehende i.v. Therapie
- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- Komplikationen bestehen
(z. B. Desorientiertheit / wahnhafte Symptome / Weglauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust):

bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen *(bitte Erkrankung anführen):*

Weitere Bemerkungen

Rücksprache <i>(Name und Telefon)</i>
Datum Unterschrift des Arztes