

Übernahme-Konsil zur Geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung aus externen Kliniken

Checkliste/Formular
Knappschaft Kliniken
Vest



Diese Anmeldung bitte **VOLLSTÄNDIG** und **LESBAR** ausgefüllt
zurückfaxen an

das Vorzimmer der Geriatrie, z. Hd. Frau Meyer / Frau Volmering:

Fax-Nr.: 02365 / 90 - 1739

Vielen Dank!

Knappschaft Kliniken Vest GmbH

**Akademisches Lehrkrankenhaus
der Ruhr-Universität Bochum**

Knappschaft Kliniken, Paracelsus Marl
Lipper Weg 11, 45772 Marl
Tel. 02365 900 Fax 02365 90 2099

info.vest@knappschaft-kliniken.de
www.knappschaft-kliniken.de/marl

**Klinik für Geriatrie und Geriatrische Früh-
Rehabilitation, Zentrum für Altersmedizin
Geriatrische Tagesklinik**

Chefarzt: Dr. med. L. Springob

Sekretariat: **Tel. 02365-90 1731**
Fax 02365-90 1739

Tagesklinik **Tel. 02365-90 1735**
Fax 02365-90 1738

Geriatrie.marl@knappschaft-kliniken.de

Gewünschtes Aufnahmedatum: _____

Wichtig: Rückrufnummer bitte angeben - sonst keine zeitnahe Bearbeitung möglich

Anmeldende Klinik:

Station: _____ Abteilung: _____ vollständige Rufnummer: _____

Wichtig! Telefonnummer anmeldender Arzt/ Pflegeüberleitung: _____

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____ (Pat muss über 70 sein)/ Prüfung bei Patienten knapp unter 70

Adresse: _____

Krankenkasse: ☐ Chefarzt ☐ 1-Bett ☐ 2-Bett

Pflegegrad ☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ beantragt

Betreuung: ☐ nein ☐ ja wer? _____

Vorsorgevollmacht: ☐ ja ☐ nein / Patientenverfügung ☐ ja ☐ nein

Behandlungsbegründende Diagnose (Rehabilitative Diagnose):

Nebendiagnosen: _____

(nur bei Frakturen und Operationen)

☐ Vollbelastung ☐ Teilbelastung: _____ kg ☐ keine Belastung

ID	Version	Freigeber	Freigabe am	Gültig bis
FO-34902	9.1	Marina Kreutz	04.03.2025	03.03.2028

Seite 1 von 3

Übernahme-Konsil zur Geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung aus externen Kliniken

Checkliste/Formular
Knappschaft Kliniken
Vest



→ Akutmedizinischer Handlungsbedarf:

- ☐ Sturz-Abklärung ☐ RR entgleist ☐ Schmerz-Therapie
☐ BZ entgleist ☐ sonstiges _____

Bisheriger Verlauf / ggf. komplikativer Verlauf:

Therapieziel (realistische Einschätzung):

Beurteilung der Umsetzbarkeit des Patienten: _____

Sonstige wichtige Informationen/ Komplikationen: z.B. Demenz, Desorientiertheit, Psychosen, Wahnhaftes Symptomatik, starkes Übergewicht, Sauerstoffgabe, aufwändiger Pflegebedarf, Sonden, DK, PEG, Dialysepflichtig, VAC Pumpe, Trachealkanülen, laufende Chemotherapie, Stoma, Perfusor etc.):

Status vor der Erkrankung:

- ☐ selbstständig / Wohnung ☐ Wohnen bei Angehörigen ☐ Heim / Kurzzeitpflege

Wurde bereits ein Termin für einen Kurzzeitpflegeplatz terminiert? _____

Aktueller Status des/der Patient/in

Neurologische Störung: ☐ nein ☐ ja => welche: _____

Verhalten: ☐ ruhig ☐ unruhig ☐ aggressiv ☐ Weglauftendenz

Kooperation/ Motivation des Patienten: ☐ ja ☐ nein

Orientierung des Patienten ☐ ja ☐ nein ☐ sonstiges _____

Nahrungsaufnahme: ☐ selbstständig ☐ unselbstständig ☐ teilweise

Körperpflege: ☐ selbstständig ☐ unselbstständig ☐ teilweise

Toilette: ☐ selbstständig ☐ unselbstständig ☐ teilweise

Vor Krankenhausaufenthalt mobil: ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfsmitteln

Aktuelle Mobilität ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfsmitteln

Wie weit wurde der Pat. aktuell mobilisiert: (z.B. Bettkante, Zimmerebene etc.) _____

Dekubitus: ☐ ja => Grad: ____ Wo: ☐ nein

ID	Version	Freigeber	Freigabe am	Gültig bis
FO-34902	9.1	Marina Kreutz	04.03.2025	03.03.2028

Seite 2 von 3

Übernahme-Konsil zur Geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung aus externen Kliniken

Checkliste/Formular
Knappschaft Kliniken
Vest



Hautdefekte: ☐ ja => _____ ☐ nein
PEG Sonde: ☐ ja ☐ nein Stoma: ☐ ja ☐ nein

Barthel Index: _____ (s. Anlage)

Infektionen (MRSA, Noro, Clostridien, MRGN usw.): _____

☐ Durchfall ☐ Erbrechen

COVID-19-Abstrich vom _____ : ☐ POSITIV ☐ NEGATIV

MRSA-Abstrich vom _____ : ☐ POSITIV ☐ NEGATIV
☐ Nase ☐ Rachen ☐ sonstige

AHB-Antrag für Rehabilitation in einer Reha-Klinik wurde gestellt:

☐ ja ☐ nein ☐ abgelehnt

Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Reha-Klinik, weil....

- ☐ ... die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- ☐ ... Begleiterkrankungen weiterhin akut-medizinischer Behandlung bedürfen
- ☐ ... Sonstiges:

Bei Verlegung sind zwingend erforderlich:

- ein aktueller COVID-19-Abstrich (maximal 48 Stunden alt)
- ein aktueller MRSA-Abstrich (maximal 3 – 5 Tage alt)
- und der Verlegungsbericht

Aufnahmezeit: zwischen 10:00 Uhr und 12:15 Uhr auf der Station 6 oder Station 7

ID	Version	Freigeber	Freigabe am	Gültig bis
FO-34902	9.1	Marina Kreutz	04.03.2025	03.03.2028

Seite 3 von 3