

# ANMELDEBOGEN GERIATRISCHE FRÜHREHABILITATION



**Katholische Kliniken  
im Märkischen Kreis**



**AKADEMISCHES  
LEHRKRANKENHAUS**  
Ruhr-Universität Bochum

Chefarzt Bruno Myschor  
**Klinik für Geriatrie**

T 02371 212 198 Iserlohn  
T 02373 168 1403 Menden  
E geriatric-bki@kkimk.de

**Geriatric Iserlohn** F 02371 212 298

**Geriatric Menden** F 02373 168 1402

## Angaben zum Patienten

### (Pat.etikett)

Name

Geburtsdatum

Straße

Wohnort

Telefon

Krankenkasse privat WL (bitte auswählen)

Angehörige Telefon

Betreuer Telefon

Hausarzt

Bestehender Pflegegrad ja nein Grad 1 2 3 4 5

Stationär seit

### Diagnosen

### Bitte vorläufigen Arztbrief, wenn möglich, beifügen!

**Vollstationäre Behandlung in den letzten sechs Monaten** ja nein

**Rehabilitationsbehandlung in den letzten sechs Monaten** ja nein

Anmeldung durch Station Hausarzt auswärtige Klinik Sonstige

Name der Einrichtung, Fachabteilung Telefon

**Gewünschtes Übernahmedatum** Stationär

**Ansprechpartner für Rückfragen** Telefon

Überleitungsmanagement Telefon  
(für Terminabsprache)

# ANMELDEBOGEN GERIATRISCHE FRÜHREHABILITATION



**Katholische Kliniken  
im Märkischen Kreis**



**AKADEMISCHES  
LEHRKRANKENHAUS**  
Ruhr-Universität Bochum

Chefarzt Bruno Myschor  
**Klinik für Geriatrie**

T 02371 212 198 Iserlohn  
T 02373 168 1403 Menden  
E geriatric-bki@kkimk.de

**Ausschlusskriterien:** Überwachungspflicht, IST, IMC, großflächige Wunden, Pflegestufe 5, akutes Delir, Alter <67 Jahre  
**Nur nach Rücksprache:** IMC-Stroke, CPU, Notaufnahme

## Aktuelle Infektionen

Andere isolierungspflichtige Infektionen (z. B. Noroviren, 4 MRGN, VRE)

Bei Fraktur

Wunden

Dekubitus

Drainagen

Dialyse

MRSA ja nein

ja nein

OP-Datum

Übungsstabil unter Belastung

ja nein

ja nein Grad

ja nein Art

ja nein

Körpergröße cm

ja nein Verwirrtheit

ja nein Delir

ja nein Orientierung

ja nein Hinlauftendenzen

Andere ja nein

Welche

Welche

Vollbelastung

Belastungsstabil mit kg

Lokalisation

Lokalisation

Körpergewicht kg

ja nein Gestörter Schlaf

ja nein Kogn. Leistungsabbau

ja nein Nächtl. Unruhe

ja nein Gesetzl. Betreuung

## Barthel-Index

<30 Punkte

30-60 Punkte

>60 Punkte

## Lebenssituation

Selbständig bisher

Betreutes Wohnen

Pflegeheim

## Frührehabilitative Ziele

Selbständig nach Hause

Pflege zuhause

Pflegeheim

Kurzzeitpflege

Mobilität erhalten

## Suchtproblematik

ja nein

## Einverständnis zur Verlegung

ja nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patient/in / des/der Angehörigen / Arzt