

KHA Geri Komplex Anmeldebogen

Bereich: Klinikum/Fachabteilungen/KHA - Geriatrie
D16661 V: 1 vom: 02.09.2025 durch: Becker, Stefanie (KHWE QM)



Anmeldung zur vollstationären akut geriatrischen Komplexbehandlung

Patient/in (Aufkleber)	Empfangendes Krankenhaus: St. Ansgar Krankenhaus Höxter Brenkhäuser Str. 71 37671 Höxter Tel: +49 (5271) 66 - 182656 Fax: +49 (5271) 66 - 3609	Datum
	Verlegendes Krankenhaus	Sozialdienstmitarbeiter
Wahlleistungen	Chefarztbehandlung erwünscht Zimmerwunsch Versicherungsstatus	☐ ja ☐ nein ☐ 1-Bett ☐ 2-Bett ☐ GKV ☐ PKV ☐ Zusatzversichert ☐ Selbstzahler
Status vor Erkrankung	☐ Selbstständig in Wohnung ☐ Mit Versorgung in Wohnung	☐ Wohnbereich im Pflegeheim/betreutes Wohnen ☐ Pflegebereich im Pflegeheim

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose: _____

Weitere relevante Diagnosen: _____

OP-Datum:	☐ Voll belastbar	☐ Teilbelastbar ab _____ mit _____ kg
Barthel-Index (Punkte):	☐ übungsstabil	☐ Keine Belastung bis: _____ (Datum)

Weglaufgefahr	☐ Ja ☐ Nein	Erbrechen	☐ Ja ☐ Nein	Infektionen	☐ Ja ☐ Nein	O ² -Bedarf	☐ Ja ☐ Nein
Aggressivität	☐ Ja ☐ Nein	Diarrhoe	☐ Ja ☐ Nein	Welche:			

Geriatrische Multimorbidität

☐ Immobilität	☐ Rezidiv. Stürze/Schwindel/Gangstörung	☐ Kognitive Defizite/Delir/Demenz
☐ Inkontinenz	☐ Dekubitus /Wunden	☐ Mangel-/Fehlernährung
☐ Depression/ Angststörung	☐ Schmerz	☐ Starke Seh-/Hörbehinderung
☐ Multimedikation (mehr als 5)	☐ Exsikkose/Elektrolytentgleisung	☐ Verzögerte Rekonvaleszenz

KHA Geri Komplex Anmeldebogen

Bereich: Klinikum/Fachabteilungen/KHA - Geriatrie
D16661 V: 1 vom: 02.09.2025 durch: Becker, Stefanie (KHWE QM)



Sonstiges

☐ Nasogastrale	☐ PEG	☐ PEJ	☐ ZVK/PVK	☐ Portanlage
☐ Tracheostoma	☐ DK	☐ SPDK	☐ Nephrostoma	☐ Anus Preater

Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil:

- ☐ die folgenden Vitalwerte noch nicht stabil sind: _____
- ☐ bestehende Begleiterkrankungen oder Komplikationen, welche weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen (bitte Erkrankung anführen): _____
- ☐ Kreislaufstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit, die eine aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern.

Weitere Angaben

Pflegegrad	☐ Nein	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ bereits beantragt
Betreuung/Bevollmächtigter	☐ Nein	☐ Ja:					
Patientenverfügung	☐ Nein	☐ Ja (ggf. Angaben)					
MRSA Abstrich erfolgt	☐ Nein	☐ Ja (Lokalisation benennen)					

Anmeldung ab (Datum): _____

Rücksprache erwünscht/möglich unter Tel.: _____

Mit freundlichen Grüßen

(Stempel)