



## Akutgeriatrischer Einbestellbogen

Name, Anschrift und Geburtsdatum des Patienten/ der Patientin:

**Bitte Etikettenaufkleber anbringen**

**Ihre Ansprechpartnerin**  
**Sekretariat Geriatrie**  
Doris Schwab  
Tel: 02241 / 488 273  
Fax: 02241 / 488 338  
E-Mail: geriatrie@gfo-kliniken-troisdorf.de

Krankenkasse:

Versicherungsstatus:

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gesetzl. KK                        | <input type="checkbox"/> Einbett  |
| <input type="checkbox"/> Gesetzl. KK mit Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> Zweibett |
| <input type="checkbox"/> Private KV                         |                                   |
| <input type="checkbox"/> mit Chefarzt                       |                                   |
| <input type="checkbox"/> ohne Chefarzt                      |                                   |

**Zutreffendes bitte ankreuzen**

Pflegegrad vorhanden, wenn ja welcher:

---

Gewünschtes Aufnahmedatum:

---

Hauptdiagnose:

---

Nebendiagnose:

Liegen zusätzlich typisch geriatrische Diagnosen vor wie z.B.:  
zutreffendes bitte ankreuzen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> geriatrietypische Multimorbidität   | <input type="checkbox"/> Schmerzsyndrome im Alter              |
| <input type="checkbox"/> Sturz                               | <input type="checkbox"/> cerebrovaskuläre Erkrankungen         |
| <input type="checkbox"/> Gangstörung                         | <input type="checkbox"/> kognitive und psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> lokomotorische Beeinträchtigung     | <input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen                   |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungsapparates | <input type="checkbox"/> Harn/Stuhlinkontinenz                 |
| <input type="checkbox"/> Schwindel                           | <input type="checkbox"/> Polypharmazie (> 5 Medikamente)       |

Mobilität:

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Bettlägrig      |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhlfähig  |
| <input type="checkbox"/> Gehen mit Hilfe |

**Zutreffendes bitte ankreuzen**

Welche der oben bestehenden Erkrankungen sind weiter stationär behandlungsbedürftig?

---

Problemkeime?

---

Angabe zur sozialen Situation/häusliche Versorgung:

---

Reha beim Kostenträger beantragt?

- Ja       Nein

**Zutreffendes bitte ankreuzen**

Sonstige Angaben (z. B. Dialyse, intermitt. Beatmung, Monitoring etc.?)

---

Ärztliche Berichte, wenn vorhanden, bitte beifügen!!!

Anmeldedatum: \_\_\_\_\_

**Ärztlicher Ansprechpartner mit Durchwahl und Stempel:** \_\_\_\_\_