



## Antrag auf geriatrische (Weiter-)Behandlung

**Klinik für Akutgeriatrie am St. Joseph-Krankenhaus Prüm**

Beantragt von: ..... (Klinik /Arzt)  
.....(Station / Telefon / Fax)

Alexander Papendorf  
Chefarzt  
St. Joseph-Krankenhaus  
Kalvarienberg 4  
54595 Prüm  
Zentrale: 06551 15-0  
Telefon: 06551 15-141  
Telefax: 06551 15 -382  
alexander.papendorf@ct-west.de  
www.krankenhaus-pruem.de

**Gewünschter Auf- / Übernahmetermin:** .....

Name: ..... geb.: .....  
Adresse: .....  
Hausarzt: ..... Kostenträger: .....  
 gesetzlich  privat  Chefarztbehandlung  1 Bett  2 Bett

**Krankenversicherungsnummer des Patienten:** .....

**Telefonnummer von Angehörigen:** .....

**Hauptdiagnose:** .....

**Klinisch relevante Nebendiagnosen** .....

**Aktueller Status:**

**Mobilität:**  voll  mit Gehilfe  Rollstuhlfähig  sitzstabil  keine Mobilität  
**Kognitiv:**  voll orientiert  eingeschränkt  desorientiert  delirant  Weglauftendenz  
**Affekt / Antrieb:**  ängstlich  agitiert  aggressiv  antriebsarm  depressiv  
**Pflegegrad:**  nein  1  2  3  4  5  nicht bekannt  beantragt  
**vorhandene Hilfsmittel:**  Rollator  Rollstuhl  Krankenbett  Toilettenstuhl  .....  
**bisherige Versorgung:**  alleine  mit Partner/Verwandten  betreutes Wohnen  Seniorenheim  
**Wohnen:**  Haus  Wohnung  Treppen  Aufzug  Sonstiges.....

**Besonderheiten:**

Diät  Dialyse  Dekubitus  Problemkeime (MRSA, MRGN, VRE)  Wundheilungsstörung  
 PEG  nasogastrale Sonde  ZVK  Port  Sonstiges.....  
 CPAP/Heimbeatmung  
 Tracheostoma  Kolostoma  Nephrostoma  VAC-Therapie  Prothesen  
 Schluckstörung  Sprach-/Sprechstörung  hochgr. Sehstörung  Schwerhörigkeit

**Zielsetzung (der geriatrischen Behandlung)** .....

**Die Notwendigkeit einer weiteren Krankenhausbehandlung ist wegen** .....  
..... **gegeben.**

Datum der Anmeldung: ..... Name/Unterschrift: .....