



Marienkrankenhaus Schwerte
Schützenstraße 9, 58239 Schwerte
Klinik für Geriatrie
Chefarzt Dr. med. Ulrich Vahle
Tel: 02304-202-181

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

(Aufkleber möglich)

RISK (Risikoassessment von Senioren im Krankenhaus)

Geriatrischer Assessment- und Anmeldebogen

Voraussetzungen:

- 1. Patient ist mind. 65 Jahre alt, im ISAR-Screening (falls erfolgt) mind. 2 Punkte.
- 2. Alltagskompetenz und Selbstständigkeit sind durch die aktuelle Erkrankung bedroht (i.d.R. vorliegend bei einem Barthel-Index < 80 Punkte).
- 3. Rehabilitationsfähigkeit liegt derzeit nicht vor, da mindestens eines der nachstehenden **AHB-Ausschluss-Kriterien** erfüllt ist:
 - Die Zustimmung des Patienten zu einer Rehabilitation (AHB) liegt derzeit nicht vor.
 - Die Vitalparameter sind nicht stabil.
 - Die Akutdiagnostik und -therapie ist noch nicht abgeschlossen.
 - Kreislaufstabilität und allgemeine Belastbarkeit erlauben keine mehrmals tägliche, aktive Teilnahme an rehabilitativen AHB-Maßnahmen.
 - Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen entweder für sich genommen oder aufgrund ihrer wechselseitigen Beeinflussung (Komplexität) (weiterhin) einer Krankenhausbehandlung.
 - Es besteht eine Begleiterkrankung oder Komplikation (z.B. Desorientiertheit, Weglauftendenz, hochgradiger Seh-/Hörverlust, eine die AHB behindernde schwere Wunde oder Wundkomplikation, eine höhergradige Stuhlinkontinenz, eine höhergradige psychische Störung wie schwere Depression, Delir, oder akute Wahnsymptomatik), die eine aktive Teilnahme an der AHB verhindert.
- RISK negativ: maximal 2 Punkte vorliegend → Aufnahme/Übernahme nicht möglich, ggf. AHB-Patient.
- RISK positiv: alle 3 Punkte vorliegend → Aufnahme/Übernahme in Geriatrie möglich.

Anmeldung über Case-Management mit diesem Formular per Fax: 02304-109-1507

Bei unklaren Therapiezielen erfolgt die Klärung telefonisch bzw. während der OA-Visite.

Gewünschter Aufnahme-/Verlegungstermin: _____ frührehabilitativ palliativ

Vers.-Status: Regelleistung Walleistung 2-Bett Walleistung 1-Bett Chefärztliche Behandlung

Klinik:

Ansprechpartner:

Station:

Telefon:

Fax für Terminbestätigung:

Hauptdiagnose/OP:

Relevante Nebendiagnosen & Informationen zur Pflegesituation:

Spezielle Dokumentationen bitte beifügen (Überleitungsbögen, Wunddoku, Screening MRE)!

- voll belastbar teilbelastbar mit _____ kg bis _____ Ø belastbar bis _____
- Wundversorgung Bettensystem _____ Pflegegrad _____ Betreuung _____
- Dialyse Isolierpflichtig (MRSA, MRGN etc.): _____
- Trachealkanüle Schluckstörung PEG _____
- Hinlaufendenz O₂-Gabe Kontakt Angehörige _____
- Heimunterbringung _____