KRH KLINIKUM LEHRTE

Checkliste geriatrischer Behandlungsbedarf

Patient (Name, Vorname): Geburtsdatum: Straße, PLZ, Wohnort:	**Versicherungsstatus**: ☐ GKV ☐ PKV – 2Bett/1Bett **Pflegesituation**: ☐ Heimbewohner/in ☐ gesetzl. Betreuung **Betreuung** Angehörige (Tel.):	**Datum**: **Ansprechkontakt** (Name): Tel.: Fax:

Ja	Nein	**Lebensalter ≥ 70 Jahre** (Zwischen 60. Und 70. Lebensjahrmuss ein besonderer geriatrischer Behandlungsbedarf gegeben sein.)		
Ja	Nein	**Akutmedizinischer stationärer Behandlungsbedarf gegeben** (Diagnose bitte unten ergänzen)		
Ja	Nein	**Geriatrietypische Multimorbidität** (mindestens 2 der folgenden Symptome)		
		☐ Eingeschränkte Mobilität/ Sturzneigung ☐ Mangelernährung/ Kachexie ☐ Exsikkose/ Elektrolytstörung ☐ Dysphagie ☐ exazerbierte Schmerzen ☐ Infekt/ Fieber ☐ reduzierte Belastbarkeit/ Gebrechlichkeit (Frailty) ☐ Hautdefekte/ chronische Wunden	☐ kognitive Defizite/ Demenz ☐ Orientierungsstörung ☐ Depression/ Angststörung ☐ neu auftretende Lähmung ☐ Aphasie/ Dyspraxie ☐ starke Sehbehinderung ☐ Medikationsproblem ☐ komplizierter oder protrahierter Verlauf nach vorausgegangener medizinischer Intervention	☐ neu auftretende Verschlechterung der Alltagskompetenz ☐ Fehlendes Wohnumfeld/ aktuelle Lebenssituation kann nicht fortgeführt werden

Ja	Nein	**Als geriatrischer Patient identifiziert** (ISAR ≥3 Punkte oder klinischer Hinweis)	
		1P	**Hilfebedarf** Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?
		1P	**Akute Veränderung des Hilfebedarfs** Benötigen Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?
		1P	**Hospitalisation** Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?
		1P	**Sensorische Einschränkung** Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?
		1P	**Kognitive Einschränkung** Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?
		1P	**Multimorbidität** Nehmen Sie pro Tag 6 oder mehr verschiedene Medikamente?
Ja	Nein	**Kein intensivmedizinischer Behandlungsbedarf zu erwarten/ gegeben**	
Ja	Nein	**Kurzfristig kein fachspezifischer Interventionsbedarf zu erwarten** (z.B. Endoskopie, OP,…)	
Ja	Nein	**Keine relevante Verhaltensstörungen** (z.B. Hinlauftendenz, Aggression, Fixierung)	

Ja	Nein	**Stationäre geriatrische Behandlungsnotwendigkeit gegeben** (alle obigen Fragen mit „Ja“ beantwortet)

Relevante Diagnose / Bemerkungen	**Rücksprache erforderlich bei:** ☐ evtl. Isolationspflicht/ MRE/ MRSA ☐ Clostridium difficile/ NORO/ ROTA ☐ Tracheostoma/ NIV ☐ Dialyse

Kontakt Akutgeriatrie KRH Klinikum Lehrte: 05132 – 503
Sekretariat Geriatrie Tel.: -203
Station Geriatrie Tel.: -350