

**Geriatrisches Konsil –
Fallbesprechung**



GeriNah
Zentrum für Altersmedizin
Sana Kliniken Leipziger Land



Patient*in: Geb.: Wohnort:	Klinik / Station / Zi.: Aufn.datum:
<u>Ansprechpartner</u> Arzt: Pflege: Sozialdienst: Therapeut: Tel.:	
Diagnosen / weiterer Verlauf / Prozedere:	Delir: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Notiz:
	Demenz: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Notiz:
	Antibiose:
	Dialyse: Ja <input type="checkbox"/> Notiz:
	Immunsuppression / Tm-Therapie:
Allergien:	
OP-Datum:	Wundstatus / Aktuelle Verbände:
(Isolationspfl.) Erreger:	SARS-CoV-2 Impfstatus Z.n. Infektion <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Impf-Datum: Ag-Schnelltest vom: PCR vom:
Assessments	Größe: Gewicht: BMI:
<u>Selbständigkeit / Alltag</u> <u>Schmerz*</u> <u>Mobilität*</u> <u>Kognition*</u> <u>Emotion*</u> BARTHEL: NRS: TUG: SIS: DIA-S: GerINOT: VRS: Esslinger: MMSE: GDS: Sonstige: BESD: FIM:	
Sozialanamnese	<u>PG, Krankenkasse:</u> <u>Wohnsituation & Hilfsmittel:</u> <u>Angehörige / gesetzl. Vertreter:</u> Hausarzt: Sonst. Ärzte:
VSV: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> PV: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> DNR/DNI: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Einverständnis (Pat. / ges. Vertreter) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Weiterversorgung (durch zuständigen Geriater auszufüllen)	
<input type="checkbox"/> <u>Akutgeriatrie</u> Termin: <input type="checkbox"/> <u>Andere Versorgung</u> <input type="checkbox"/> <u>Borna</u> <input type="checkbox"/> <u>Zwenkau</u> Fax: 03433 212602 Fax: 034203 42090 Rehabilitation: Tel.: 03433 212600 Tel.: 034203 42055 Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Anderes Krankenhaus: Pflegeheim: Tel.: Ambulant / GIA: Sonstiges:	
Konsil-Datum, Unterschrift:	
Rekonsil-Datum:	

*betrifft nur Fälle der G-BA QSFFx Richtlinie