Geriatrisches Konsil – Fallbesprechung

GeriNah
Zentrum für Altersmedizin
Sana Kliniken Leipziger Land

Patient*in: Geb.: Wohnort:	**Klinik / Station** / Zi.: Aufn.datum:

Ansprechpartner

Arzt: Pflege: Sozialdienst: Therapeut:

Tel.:

Diagnosen / weiterer Verlauf / Prozedere:	Delir: Ja ☐ Nein ☐ Notiz:
	Demenz: Ja ☐ Nein ☐ Notiz:
	Antibiose:
	Dialyse: Ja ☐ Notiz:
Allergien:	Immunsuppression / Tm-Therapie:

OP-Datum:	Wundstatus / Aktuelle Verbände:
(Isolationspfl.) Erreger:	**SARS-CoV-2 Impfstatus** Z.n. Infektion ☐ Nein ☐ Impf-Datum: Ag-Schnelltest vom: PCR vom:

Assessments Größe: Gewicht: BMI:

Selbständigkeit / Alltag	Schmerz*	Mobilität*	Kognition*	Emotion*
BARTHEL:	NRS:	TUG:	SIS:	DIA-S:
GeriNOT:	VRS:	Esslinger:	MMSE:	GDS:
Sonstige:	BESD:		FIM:	

Sozialanamnese

Wohnsituation & Hilfsmittel:

PG, Krankenkasse:

Angehörige / gesetzl. Vertreter:

Hausarzt: Sonst. Ärzte:

			Einverständnis (Pat. / ges. Vertreter)
VSV:	Ja ☐	Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐
PV:	Ja ☐	Nein ☐	
DNR/DNI:	Ja ☐	Nein ☐	

Weiterversorgung (durch zuständigen Geriater auszufüllen)

☐ **Akutgeriatrie** **Termin:** ☐ **Andere Versorgung**

☐ **Borna**	☐ **Zwenkau**	Rehabilitation:
Fax: 03433 212602	Fax: 034203 42090	Antrag gestellt?
Tel.: 03433 212600	Tel.: 034203 42055	Pflegeheim:
☐ Anderes Krankenhaus:		Ambulant / GIA:
Tel.:		Sonstiges:

Konsil-Datum, Unterschrift:

Rekonsil-Datum:

*nur GBA Patienten

PV: Seel, Daniela FZ: Struckmann, Franziska FZ-Datum: 07.01.2022