



Anmeldung zur stationären Aufnahme:

Geriatrie

Per Fax: 05221 94 29 27 25

Es erfolgt die telefonische Rückmeldung zur konkreten Aufnahmeplanung durch das Sekretariat.

Angaben zum Patienten

Name

Vorname

Geburtsdatum

PLZ Ort

Strasse, Nr.

Telefonnummer

Unterschrift*

Wahlleistung

Chefarztbehandlung

1-Bett-Zimmer

Komfortstation

2-Bett-Zimmer

Zusätzliche Kontaktperson

Name

Vorname

Telefonnummer

Unterschrift*

Hauptdiagnose:

Nebendiagnosen:

Fragestellung/Aufgabe/Behandlungsziele:

Zusätzliche Angaben

Infektiös: nein ja , wegen

Covid-19 Abstrich durchgeführt: ja negativ:

O2-pflichtig: nein ja

Antikoagulation: nein ja , welche

Kognitive Einschränkung: nein mittel schwer

Orientierung Nächtliche Unruhe: nein ja

Belastungsstufe (bei Frakturen): voll Teilbelastung kg Absehbare Vollbelastung ab:

Gewünschtes Übernahmedatum: Barthel-Index siehe Anlage

Hinweis: Bitte Röntgen-/MRT-CDs, aktuelles Labor, Vorbefunde und Bundesmedikationsplan mitgeben

Niedergelassener Zuweiser

Stempel (inkl. LANR)/Unterschrift

Vorbehandelndes Krankenhaus

Stempel/Arzt (Direkte Durchwahl)/Unterschrift**

* Der Patient (Vertreter) erklärt sich mit der Datenübermittlung und Anmeldung per Faxübermittlung einverstanden.

** Eine verbindliche Bearbeitung kann nur bei eindeutiger Authentifizierung des Veranlassers stattfinden.

Barthel-Index (Pflege- und Sozialberatung)

Patientenettikett

1. Essen und trinken	Unabhängig, isst und trinkt selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck 10 Braucht etwas Hilfe, z. B. Fleisch oder Brot schneiden 5 Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird 0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen), 10 Gebrauch von Geländer und Gehhilfe möglich Benötigt Hilfe oder Aufsicht 5 Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten 0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0
3. Bett- (Rollstuhl-) Transfer	Selbstständig ohne fremde Hilfe 15 Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung notwendig 10 Mit erheblicher Unterstützung, Rumpfstabilität vorhanden 5 Nicht möglich 0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0
4. An-/ Ausziehen	Selbstständig beim An- und Ausziehen, Hilfsmittel werden selbstständig angelegt 10 Benötigt Hilfe, kann aber 50 % der Tätigkeit selbst 5 Nicht selbstständig 0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0
5. Gesichtsreinigung/ Mundpflege	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen und Zahneputzen 5 Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten 0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0
6. Duschen	Unabhängig bei Duschbad in <u>allen</u> Phasen der Tätigkeit 5 Nicht selbstständig möglich 0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0
7. Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen (mind. 50 m), Hilfsmittel erlaubt, aber nicht hoher Gehwagen 15 Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel mind. 50 m weit gehen 10 Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, mind. 50 m 5 Nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren 0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0
8. Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung) 10 Teilselbstständig, aber Hilfsperson notwendig 5 Nicht selbstständig 0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0
9. Harnkontrolle	Ständig kontinent, evtl. Gebrauch von Windeln, Vorlagen bzw. Versorgung eines Katheters selbstständig 10 Inkontinent max. einmal pro Tag bzw. Hilfe bei Versorgung des Katheters 5 Häufiger/ständig inkontinent, Gebrauch von Windeln, Vorlagen bzw. Versorgung eines Katheters 0 <u>nicht</u> selbstständig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nicht
10. Stuhlkontrolle	Ständig kontinent, eventuelle Stomaversorgung selbstständig 10 Inkontinent maximal einmal pro Tag 5 Häufiger/ständig inkontinent 0	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0

Gesamtpunktzahl Barthel-Index:

Kognitive und soziale Aspekte:

- | | |
|--------------------------------|--|
| 11. Verstehen | Anweisungen werden verstanden |
| 12. Kommunikation | Kann sich ausreichend verständlich machen |
| 13. Orientierung | Kann sich ausreichend (räumlich) orientieren |
| 14. Soziale Interaktion | Kann ausreichend Kontakt aufbauen |

Ja	teilw.	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten in der Pflege und Führung des Patienten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> Beatmung |
| <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> Schluckstörungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Stomaversorgung | <input type="checkbox"/> Port-Anlage |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensstörungen (z. B. Weglauf tendenz): _____ | |

Bemerkungen: _____Keime ja nein

Welche: _____

Datum und Unterschrift