

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**

Medizinische Klinik I

Klinik für Gastroenterologie,
Diabetologie, Geriatrie,
Infektiologie, Hämatologie und
Internistische Onkologie

Chefarzt

Prof. Dr. med. Thorsten Pohle

8B Geriatrie

Tel. 94 23 81

Fax 94 29 27 25

Medizinische

Dringlichkeit: normal ☐

hoch ☐

Notfälle: Vorstellung ZNA!

* 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)

Patientenetikett

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

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. Weglauftendenz): | |

.....

Bemerkungen:

Keime ☐ ja ☐ nein

Welche:

.....

Datum und Unterschrift