

Anmeldebogen

zu senden per Fax an 0345 778-6442

- Anmeldung für stationäre Akutgeriatrie
 Geriatrische Tagesklinik
(Zustimmung der Krankenkassen erforderlich)

**Patientendaten:
(inkl. Krankenkasse)**

Anmeldende/r Ärztin/Arzt: _____ Telefon: _____

Krankenhaus-Abteilung: _____

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Angehöriger / aml. Betreuer: _____ Telefon: _____

Hauptdiagnose (ggf. mit resultierenden Defiziten, OP-Datum)

Aktueller akutmedizinischer Behandlungsbedarf:

Nebendiagnosen:

Ziel der frührehabilitativen Behandlung:

Notizen zum bisherigen Verlauf / Aktuelle Probleme:

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Verhalten | <input type="checkbox"/> ruhig/ kooperativ | <input type="checkbox"/> unruhig |
| Mitwirkung bei Pflege/Therapie | <input type="checkbox"/> entwickelt Eigeninitiative | <input type="checkbox"/> aktiv nach Aufforderung |
| | <input type="checkbox"/> passiv | |
| Kardio-pulmonale Belastbarkeit | <input type="checkbox"/> keine Einschränkungen | <input type="checkbox"/> NYHA-Stadium ____ |
| Orientierung | <input type="checkbox"/> unbeeinträchtigt | <input type="checkbox"/> zeitweise gestört <input type="checkbox"/> schwer gestört |
| Weglauffähigkeit: | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Schluckstörung | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Andere Sonde <input type="checkbox"/> Essen unter Aufsicht |
| Neuropsycholog. Störung | <input type="checkbox"/> Aphasie | <input type="checkbox"/> Dysarthrie <input type="checkbox"/> Neglect <input type="checkbox"/> Pusher-Syndrom |
| Multiresistente Keime | <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> 4MRGN <input type="checkbox"/> VRE | |
| | <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |
| | Lokalisation _____ | |
| Mobilität | <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Sitz Betrand <input type="checkbox"/> Transfer m. Hilfe <input type="checkbox"/> Transfer selbständig | |
| | <input type="checkbox"/> rollstuhlstabil <input type="checkbox"/> rollstuhl mobil <input type="checkbox"/> gehfähig mit HM <input type="checkbox"/> ohne HM gehfähig | |
| Bei traumat./orthop. Pat. | <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung _____ kg Bis wann? _____ | |
| Sonstiges: | <input type="checkbox"/> O2-Bedarf <input type="checkbox"/> Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Dekubitus; Stadium ____ | |
| | <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung | |
| Gesetzliche Betreuung | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> angeregt <input type="checkbox"/> Ja; Betreuer: _____ | |
| Pflegegrad | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Beantragt | |
| Bisherige Versorgung | <input type="checkbox"/> Allein zu Hause <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Pflegeheimantrag gestellt | |

Datum der Anmeldung: _____ Gewünschtes Aufnahmedatum: _____

Unterschrift:

Um Rückfragen und Doppeluntersuchungen zu vermeiden, wird gebeten, der/dem Patientin/en bei Verlegung alle wichtigen medizinischen Informationen mitzugeben (z.B. Epikrisen, aktueller Medikamentenplan, Laborbefunde, technische Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder (CD-Rom)).

Füllt die Klinik für Geriatrie aus:
Übernahme geplant für den: _____ Hdz.: _____

Hamburger Manual zum Barthel-Index

Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbstständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen. Sollten (z.B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.

ESSEN

komplett selbstständig oder selbstständige PEG Beschickung/-Versorgung
Hilfe bei vorbereitenden Handlungen nötig
kein selbstständiges Einnehmen und keine MS/PEG Ernährung

AUFSETZEN & UMSETZEN

komplett selbstständig
Aufsicht oder geringe Hilfe
erhebliche Hilfe
wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert

SICH WASCHEN

vor Ort komplett selbstständig
erfüllt dies nicht

TOILETTENBENUTZUNG

vor Ort komplett selbstständige Nutzung
vor Ort Hilfe oder Aufsicht erforderlich
benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl

BADEN / DUSCHEN

selbstständiges Baden oder Duschen
erfüllt dies nicht

AUFSTEHEN & GEHEN

ohne Aufsicht oder personelle Hilfe
ohne Aufsicht oder Hilfe (mit Gehwagen)
mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommend
Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht

TREPPENSTEIGEN

Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen
Patient steigt unter Aufsicht oder Laienhilfe mind. 1 Stockwerk auf und ab
Patient erfüllt diese Voraussetzung nicht

AN- & AUSKLEIDEN

zieht sich in angemessener Zeit selbstständig an und aus
kleidet mind. den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig an und aus
Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht

STUHLKONTINENZ

Patient ist stuhlinkontinent und führt ggf. rektale Abführmaßnahmen selbstständig durch
Patient ist nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei den Abführmaßnahmen
Patient ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent

HARNKONTINENZ

Patient ist harnkontinent oder kompensiert
Patient kompensiert seine Harninkontinenz mit überwiegendem Erfolg
Patient ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent

Gesamtpunktzahl: