



Anmeldebogen

zu senden per Fax an 0345 778-6442

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

Chefärzte
Dr. med. Christina Naumann
Dr. med. Henning Freund

Mühlweg 7
 06114 Halle (Saale)
 Tel.: 0345 778-6530
 Fax: 0345 778-6442
 geriatrie@diakoniekrankenhaus-halle.de

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: