



**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 / amtl. Betreuer: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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

**Aktueller akutmedizinischer Behandlungsbedarf:**

**Nebendiagnosen:**

**Ziel der frührehabilitativen Behandlung:**

**Notizen zum bisherigen Verlauf / Aktuelle Probleme:**

<b>Verhalten</b>	<input type="checkbox"/> ruhig/ kooperativ	<input type="checkbox"/> unruhig
<b>Mitwirkung bei Pflege/Therapie</b>	<input type="checkbox"/> entwickelt Eigeninitiative	<input type="checkbox"/> aktiv nach Aufforderung
	<input type="checkbox"/> passiv	
<b>Kardio-pulmonale Belastbarkeit</b>	<input type="checkbox"/> keine Einschränkungen	<input type="checkbox"/> NYHA-Stadium ____
<b>Orientierung</b>	<input type="checkbox"/> unbeeinträchtigt	<input type="checkbox"/> zeitweise gestört <input type="checkbox"/> schwer gestört
<b>Weglauffähigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
<b>Schluckstörung</b>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Andere Sonde <input type="checkbox"/> Essen unter Aufsicht
<b>Neuropsycholog. Störung</b>	<input type="checkbox"/> Aphasie	<input type="checkbox"/> Dysarthrie <input type="checkbox"/> Neglect <input type="checkbox"/> Pusher-Syndrom
<b>Multiresistente Keime</b>	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> 4MRGN <input type="checkbox"/> VRE	
	<input type="checkbox"/> Andere: _____	
	Lokalisation _____	
<b>Mobilität</b>	<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	
<b>Bei traumat./orthop. Pat.</b>	<input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung _____ kg Bis wann? _____	
<b>Sonstiges:</b>	<input type="checkbox"/> O2-Bedarf <input type="checkbox"/> Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Dekubitus; Stadium ____	
	<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung	
<b>Gesetzliche Betreuung</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> angeregt <input type="checkbox"/> Ja; Betreuer: _____	
<b>Pflegegrad</b>	<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	
<b>Bisherige Versorgung</b>	<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:**