



PatientIn:
Geburtsdatum:
Wohnadresse:
Krankenkasse:

Anmeldung zur geriatrischen Weiterbehandlung
Anfrage zur Übernahme in die Geriatrie im HJK
FAX: 02501 - 17 2546

Verlegende Klinik: _____

Aktueller Barthel: _____
(Bitte als Anlage beifügen)

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

1-Bett 2-Bett

Privat/Chefarzt

Akutmedizinischer Behandlungsbedarf: _____

Bsp.:

- die Vitalparameter sind nicht durchgehend stabil
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit behindern die aktive Teilnahme in einer Rehaklinik
- Komplikationen bestehen (z.B. Desorientiertheit/Demenz/Depression/Wahn/Hinlauftendenz/Wundkomplikationen/Seh-/Hörverlust)
- bestehende Begleiterkrankungen bedürfen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung

Frühere Geriatrie-Aufenthalte Nein Ja, zuletzt wann? _____

Behandlungsziel:

- Mobilisation Vermeidung einer Heimunterbringung Vermeidung/Verringerung von Pflegebedürftigkeit

Pflegegrad:

- Nein unbekannt eingeleitet Ja, welcher? 1 2 3 4 5

Betreuung / Vorsorgevollmacht:

- Nein Ja, wer? _____

Angehörige / Bezugspersonen: _____ Tel.: _____

Bisherige häusliche Versorgung:

- selbstständig ambulante Dienste Angehörige Heim Betreutes Wohnen Treppe notwendig

Hilfsmittel:

- Gehstützen Rollator Rollstuhl _____

Aktueller kognitiver / emotionaler Status:

- orientiert teilorientiert desorientiert motiviert kooperativ
- Unruhe / Rufen Hinlauftendenz Aggressivität depressiv

Geriatrische Multimorbidität (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Gangstörung Rez. Stürze Schwindel Starke Seh-/Hörbehinderung Mangel-/Fehlernährung
- Kognitive Defizite/Delir/Demenz Exsikkose/Elektrolytentgleisung Schmerz Dekubitus/Wunden
- Multimedikation (>5)/Medikationsprobleme Depression/Angststörung Inkontinenz
- Verzögerte Rekonvaleszenz Sensibilitätsstörung Hohes Komplikationsrisiko Einsamkeit

Muss isoliert werden: Nein Ja, weil _____

Bei Frakturen: voll belastbar belastbar ab _____

Besonderheiten: _____

Stempel

Datum

Name / Unterschrift Ärztin/Arzt

Telefon

Pat.-Name: _____

Barthel-Index: _____

	Pkt.		Punktzahl
1. Essen	10	unabhängig, benutzt Geschirr, inkl. Schneiden der Nahrung	
	5	etwas Hilfe notwendig, z.B. Zerkleinern der Nahrung, Brot schmieren	
	0	erfüllt die genannten Bedingungen nicht, vollständig auf Hilfe angewiesen	
2. Transfer (z.B. Rollstuhl – Bett)	15	unabhängig und sicher in allen Phasen, inkl. Sich-Aufsetzen am Bettrand	
	10	geringe Hilfe oder Anleitung bei einem oder mehreren Teilen der Aktivität	
	5	kommt ohne Hilfe in sitzende Position, Transfer mit viel Hilfe	
	0	bettlägrig, erfüllt die genannten Bedingungen nicht	
3. Waschen	5	wäscht ohne Hilfe Hände und Gesicht, rasiert und kämmt sich, führt Zahnpflege selbstständig durch, legt Make-Up auf	
	0	braucht Hilfe, erfüllt die genannten Bedingungen nicht	
4. Toilettengang	10	unabhängig bei Benutzung der Toilette, inkl. Aus- und Ankleiden, Benutzung des Toilettenpapiers, darf Haltegriffe etc. benutzen	
	5	braucht Hilfe um Gleichgewicht zu halten, Hilfe bei Kleidung oder Reinigung	
	0	benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl	
5. Baden, Duschen	5	badet oder duscht ohne Hilfe	
	0	badet oder duscht <u>mit</u> Hilfe oder Aufsicht	
6. Bewegung	15	unabhängiges Gehen mind. 50 m, mit Stock oder UAGSt, <u>kein</u> Rollator	
	10	kommt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe vom Sitzen in den Stand und geht selbständig mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens	
	5	Gehen mit Laienhilfe o. ist unabhängig mit Rollstuhl mind. 50 m mobil	
	0	kann sich nicht fortbewegen	
7. Treppensteigen	10	Mind. 1 Stockwerk unabhängig (auf- und abwärts), ggf. mit Gehhilfen	
	5	steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter	
	0	Patient erfüllt diese Voraussetzung nicht	
8. An- / Auskleiden	10	unabhängig, inkl. Strümpfe, Schuhe und ggf. Hilfsmittel (Korsett, MKS)	
	5	braucht Hilfe, kleidet mindestens seinen Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus	
	0	vollständig auf Hilfe angewiesen	
9. Stuhlkontrolle	10	stuhlinkontinent und führt hierzu ggf. notwendige rektale Abführmaßnahmen selbständig durch	
	5	gelegentliche Inkontinenz (max. 1x wöchentlich), Hilfe beim Abführen	
	0	durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	
10. Urinkontrolle	10	harnkontinent o. kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung o. Bettwäsche)	
	5	gelegentlich inkontinent (max. 1x täglich), Hilfe beim Katheter	
	0	durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	
Summe:			

Datum_____
Unterschrift Gesundheits- & Krankenpfleger/in oder Ärztin/Arzt