

Anmeldung Akutgeriatrie vollstationär per Fax an 030 81008-366

Bei Ausfüllen im PDF bitte erst speichern, dann ausfüllen!

Bei handschriftlichem Ausfüllen bitte Druckschrift verwenden!

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Belegungsmanagement.

Patientenetikett oder:	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	Kasse

Kontaktdaten einweisende*r Ärzt*in

Station: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Datum: _____

OP-Tag: _____

Möglicher Verlegungstermin: _____

Meldepflichtige Infektionen: nein ja **Isolationsbedarf:** nein ja
(MRSA, ESBL, Durchfallerkrankungen, in Anamnese)

Wenn ja, welche: _____

Covid-19-Infektion: ja (aktuell) ja (Zustand nach SARS-Cov2-Infektion) nein

PCR-Test am _____ : positiv (CT-Wert _____) negativ

Sars-CoV2-Impfung: ja, 1. Impfung am _____ 2. Impfung am _____ nein

Behandelnder Stationsarzt (Name, Telefonnummer): _____

Hausarzt: _____

Wahlleistungen: nein ja

Wenn ja: 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer Chefarzt

Hauptdiagnose:

Nebendiagnosen:

Spezielle Medikation (Reserveantibiotika, Biologicals etc.): _____

Wurde bereits eine Rehabilitationsmaßnahme beantragt? ja nein

Name/Klebchen

Name, Unterschrift Anmelder: _____

Geriatrische Problematik:

Funktionelle Defizite oder Fähigkeitsstörungen, die behandelt werden sollen/Besonderheiten:

ADL-Bereich / Hilfebedarf:	kein	wenig	viel	
kognitive Defizite:				
Instruktionsverständnis	gut	mäßig	schlecht	
Harninkontinenz	Schluckstörung/PEG		bettlägerig	DK
Depression / Angst	chronische Schmerzen		Stuhlinkontinenz	AP
Wunden / Dekubitus	_____			

Motivation: gut mäßig schlecht

Rehabilitationpotential: gut mäßig schlecht

Aktuelle Mobilität: Gehstrecke: _____ m Teilbelastung: _____ kg Vollbelastung

Behandlungsziel:

Betreuer: ja nein

Telefonnummer Angehörige / Ansprechpartner: _____

Pflegegrad vorhanden: nein ja, Pflegegrad: _____

Soziale Situation: Familie Heim Sozialstation allein lebend
Sonstiges _____

- Patienten bitte vormittags verlegen
- Vorhandene Röntgen- und CT-Bilder, die für die Behandlung wesentlichen Epikrisen und Befunde bitte mitschicken
- Patienten und Angehörige informieren, dass die Fortführung der Behandlung in der Geriatrie eine akutmedizinische Maßnahme mit begleitender Frührehabilitation und keine Anschlussheilbehandlung ist

Funktionsniveau laut Barthel-Index

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

- 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 zum Beispiel je nach Tagesform oder im Tagesverlauf unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.
- Bitte das Datum der Erfassung notieren.

Barthel-Index Kriterium (Hamburg-Manual - Kurzversion)

vom:

Essen	Komplett selbständig oder selbständige PEG / MS-Beschickung / -Versorgung	10
	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen der Mahlzeit oder Hilfe bei PEG / MS-Beschickung / -Versorgung	5
	Kein selbständiges Einnehmen von Speisen und Getränken und keine PEG / MS-Ernährung	0
Auf- und Umsetzen	Komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-) Stuhl und zurück	15
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) in der einen oder anderen o.g. Phase	10
	Aufrichten in den Sitz an die Bettkante und/oder Transfer in den Rollstuhl mit erheblicher Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5
	Erfüllt das Kriterium nicht, wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0
Sich waschen	Vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5
	Erfüllt das Kriterium nicht	0
Toilettenbenutzung	Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	10
	Vor Ort Aufsicht oder Hilfe bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5
	Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0
Baden / Duschen	Selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein- / Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5
	Erfüllt das Kriterium nicht	0
Aufstehen und Gehen	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken / Gehstützen) gehen	15
	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens selbständig gehen	10
	Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen oder im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5
	Erfüllt das Kriterium nicht	0
Treppensteigen	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. mit Stöcken / Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen	10
	Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen	5
	Erfüllt das Kriterium nicht	0
An- und Auskleiden	Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung und Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus	10
	Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5
	Erfüllt das Kriterium nicht	0
Stuhlkontinenz	Ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder Anus- <i>praeter</i> Versorgung	10
	Ist durchschnittlich nicht mehr als 1 x / Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen bzw. der Anus- <i>preater</i> Versorgung	5
	Ist durchschnittlich mehr als 1 x / Woche stuhlinkontinent	0
Harninkontinenz	Ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz bzw. versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10
	Kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1 x / Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5
	Ist durchschnittlich mehr als 1 x / Tag harninkontinent	0

Summe