

Patienten- Anmeldung zur stationären Aufnahme

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Wohnort:
Krankenkasse:
Angehörige/Telefon:
Wurde bereits eine Reha beantragt? Ja Nein
Vorsorgevollmacht/Betreuer: (Name, Tel:)

Geriatric

Station 3

Telefon: 04751/908-232

Fax: 04751/908-239

Email:

stationgeriatrie@khlh.de

**War der Patient in den letzten 6 Monaten in einer akutgeriatrischen, stationären
Behandlung?** Nein **bei Ja wann?** _____

Haupt- und Nebendiagnosen: (Krankenhäuser-vorläufiger Entlassungsbericht)

Drohen oder bestehen längerfristige alltagsrelevante Beeinträchtigungen?

a. Kommunikation (z.B. beim Sprechen wg. eines beeinträchtigten Sprachflusses aufgrund Atemnot)

Nein Ja, und zwar

b. Mobilität (z.B. beim Laufen längere Strecken, Treppensteigen oder beim Hand- / Armgebrauch infolge Schmerzen)

Nein Ja, und zwar

c. Selbstversorgung (z.B. beim Waschen, An- und Auskleiden durch Bewegungseinschränkung)

Nein Ja, und zwar

Rehaziele

Rehafähigkeit Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen?

Nein Ja

Tracheostoma: Ja Nein

Colo/Urostoma: Nein Ja Versorgung selbstständig: Nein Ja

Wunde: Ja Nein Dekubitus: Ja Nein bei Ja: wo? _____

Wundheilungsstörungen: Ja Nein PEG: Ja Nein Dialysepflichtig: Ja Nein

Sind pathologische Keime getestet oder bekannt?

MRSA ESBL VRE Clostridien Nein bei Ja wann? _____

Pflegegrad

1 2 3 4 5

keinen Pflegegrad

Pflegegrad beantragt

Pflege

Abhängig

Eingeschränkt

Selbstständig

Mobilität

Keine

Bettkante

Rollstuhl

Rollator

Belastung

Vollbelastung

Ja Nein

Teilbelastung

kg

Größe _____ Gewicht _____

Bitte Barthel-Index beifügen

Hilfsmittel

Rollator Vorhanden Hilfsmittel wurde verordnet

Rollstuhl Vorhanden Hilfsmittel wurde verordnet

Unterarmgehstützen Vorhanden Hilfsmittel wurde verordnet

Häusliche Versorgung

Haus/Wohnung

Pflegeeinrichtung

Betreutes Wohnen

Pflegedienst involviert

Orientierung

Zeitlich Ja Nein

Örtlich Ja Nein

Person Ja Nein

Situativ Ja Nein

Neuropsychologisch

Neglect Ja Nein

Delir Ja Nein

Demenz Ja Nein

Patientenverfügung vorhanden Ja Nein Betreuung eingerichtet oder beantragt Ja Nein

Einweisende Stelle:

Behandelnder Arzt/Ärztin:

Verlegung/Station/Telefon:

Verlegungsdatum:

Vielen Dank für Ihre Anmeldung!

Nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen können berücksichtigt werden! Für Ihren genauen Aufnahmetermin geben wir eine zeitnahe Rückmeldung!

Ihr Geriatrie – Team Otterndorf!

1. Barthel-Index (Bitte Punktzahl ankreuzen; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)		
Essen		
• komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG ¹ -Beschickung/-Versorgung	10	<input type="checkbox"/>
• Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung	5	<input type="checkbox"/>
• kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG ² -Ernährung	0	<input type="checkbox"/>
Aufsetzen und Umsetzen		
• komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück	15	<input type="checkbox"/>
• Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10	<input type="checkbox"/>
• erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5	<input type="checkbox"/>
• wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0	<input type="checkbox"/>
Sich waschen		
• vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5	<input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung		
• vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	10	<input type="checkbox"/>
• vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5	<input type="checkbox"/>
• benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen		
• selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5	<input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0	<input type="checkbox"/>
Aufstehen und Gehen		
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen	15	<input type="checkbox"/>
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen	10	<input type="checkbox"/>
• <u>mit</u> Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <u>alternativ</u> : im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5	<input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen		
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- <u>und</u> hinuntersteigen	10	<input type="checkbox"/>
• mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter	5	<input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden		
• zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose- Strümpfe, Prothesen) an und aus	10	<input type="checkbox"/>
• kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5	<input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0	<input type="checkbox"/>
Stuhlkontinenz		
• ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder Anus praeter (AP)-Versorgung	10	<input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/(AP)- Versorgung	5	<input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz		
• ist harnkontinent <u>oder</u> kompensiert seine Harninkontinenz/versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10	<input type="checkbox"/>
• kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5	<input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0	<input type="checkbox"/>

¹ perkutane endoskopische Gastrostomie

² Ernährung durch Magensonde/perkutane endoskopische Gastrostomie

Summe _____

2. Frühreha-Index (FR-Index) (bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)	nein	ja	Punkte
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Absaugpflichtiges Tracheostoma	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Intermittierende Beatmung	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Schwere Verständigungsstörung	0 <input type="checkbox"/>	- 25 <input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Summe Frühreha-Barthel-Index			