

Patienten- Anmeldung zur stationären Aufnahme

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort:

Krankenkasse:

Angehörige/Telefon:

Wurde bereits eine Reha beantragt? ☐ Ja ☐ Nein

Vorsorgevollmacht/Betreuer: (Name, Tel:)

Geriatrie

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-VORLÄUFIGEN ENTLASSUNGSBERICHT BEIFÜGEN)

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	☐
• Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung	5	☐
• kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG ² -Ernährung	0	☐
Aufsetzen und Umsetzen		
• komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück	15	☐
• Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10	☐
• erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5	☐
• wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0	☐
Sich waschen		
• vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5	☐
• erfüllt „5“ nicht	0	☐
Toilettenbenutzung		
• vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	10	☐
• vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5	☐
• benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0	☐
Baden/Duschen		
• selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5	☐
• erfüllt „5“ nicht	0	☐
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	☐
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen	10	☐
• <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	☐
• erfüllt „5“ nicht	0	☐
Treppensteigen		
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- <u>und</u> hinuntersteigen	10	☐
• mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter	5	☐
• erfüllt „5“ nicht	0	☐
An- und Auskleiden		
• zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, 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 „5“ nicht	0	☐
Stuhlinkontinenz		
• ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder Anus praeter (AP)-Versorgung	10	☐
• ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/(AP)- Versorgung	5	☐
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0	☐
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	☐
• 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	☐
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0	☐

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 ☐	- 50 ☐	
Absaugpflichtiges Tracheostoma	0 ☐	- 50 ☐	
Intermittierende Beatmung	0 ☐	- 50 ☐	
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0 ☐	- 50 ☐	
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	0 ☐	- 50 ☐	
Schwere Verständigungsstörung	0 ☐	- 25 ☐	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0 ☐	- 50 ☐	
Summe Frühreha-Barthel-Index			