

**Anmeldeformular Geriatrie**  
 (bitte ausgefüllt faxen an: 02303/106-197)

<b>Bitte Patientendaten aufkleben!</b>	<input type="checkbox"/> Kassenpatient	KK/KV:
	<input type="checkbox"/> Privatpatient	
	<input type="checkbox"/> Privat 1-Bett	
	<input type="checkbox"/> Privat 2-Bett	
	Chefarztbehandlung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Status Vorerkrankung:**  Selbstständig/Wohnung  Altenheim/Wohnbetreuung  
 Altenheim/Pflegebereich  24-Stundenbetreuung

**Akutmedizinischer Behandlungsbedarf:** \_\_\_\_\_

**Behandlungsziel:** \_\_\_\_\_

**Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:** \_\_\_\_\_

**Behandlungsziel:** \_\_\_\_\_

**Weitere relevante Diagnose/n:** \_\_\_\_\_

**Barthel-Index:** \_\_\_\_\_ Punkte (Bitte als Anlage beifügen)

Befund Covid-Abstrich nicht älter als 48h (Bitte als Anlage beifügen)

OP-Datum: \_\_\_\_\_  bei Fraktur  voll belastbar  teilbelastbar ab \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ kg

übungstabil  keine Belastung bis \_\_\_\_\_

Erbrechen  Ja  Nein Hinlauffähigkeit  Ja  Nein

Durchfall  Ja  Nein Aggressivität  Ja  Nein

Infektionen (Noro/MRSA/Clostr./ESBL/VRE)  Ja  Nein Bei Ja: Welche? \_\_\_\_\_

**Geriatrische Multimorbidität** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Immobilität                     | <input type="checkbox"/> Starke Seh-/Hörbehinderung            | <input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung                   |
| <input type="checkbox"/> Kognitive Defizite/Delir/Demenz | <input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung       | <input type="checkbox"/> Schmerz                                 |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden                | <input type="checkbox"/> Rezidiv. Stürze/Schwindel/Gangstörung | <input type="checkbox"/> Multimedikation(>5)/Medikationsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung         | <input type="checkbox"/> Inkontinenz                           | <input type="checkbox"/> Verzögerte Rekonvaleszenz               |
| <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörung            | <input type="checkbox"/> Hohes Komplikationsrisiko             | <input type="checkbox"/> Dialysepflichtig                        |

**Sonstiges:**  Nasogastr./Sonde  PEG  DK  Cystofix  Tracheostoma

**Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in der Rehaklinik, weil...**

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern.
- Komplikationen bestehen: (z. B. Desorientiertheit/ Demenz/ Depression/ wahnhaftige Symptomatik/ Hinlauffähigkeit/ Wundkomplikationen/ Sehverlust/ Hörverlust).
- bestehende Begleiterkrankungen die weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen.

**Pflegegrade:**  Nein  I  II  III  IV  V

**Betreuung:**  Nein  Ja, wer? \_\_\_\_\_

**Heimanmeldung:**  Nein  läuft, ab \_\_\_\_\_  geplant, ab \_\_\_\_\_

**Anmeldung Kurzzeitpflege:**  Nein  läuft, ab \_\_\_\_\_  geplant, ab \_\_\_\_\_

**AHB:**  Nein  angemeldet  geplant, ab \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung:**  Nein  Ja **Versorgungsvollmacht:**  Nein  Ja

Coronaimpfung:  Nein  Ja  vollständig

Boosterimpfung:  Nein  Ja wann? \_\_\_\_\_

Durchgemachte Coronainfektion:  Nein  Ja wann? \_\_\_\_\_

**Anmeldung für Datum:** \_\_\_\_\_

**Zuweisendes KH/niedergelassener Arzt:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des zuweisenden Arztes:** \_\_\_\_\_

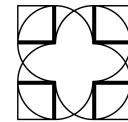
Tel.-Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_

**Interne Bearbeitungsvermerke (bitte nicht ausfüllen):**

Patient wird aufgenommen :  Ja, am: \_\_\_\_\_

Nein: Station: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Kürzel CA/OA \_\_\_\_\_



## Formular

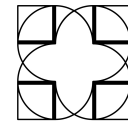
# Barthel-Index nach dem Hamburger Manual

Geriatric

kleines Patientenetikett

<b>Datum</b>		
<b>HZ</b>		

Funktion	Beschreibung	Punkte	Aufn.	Entl.
<b>Essen</b>	komplett selbständig oder selbständige Ernährung über MS/PEG	10		
	Hilfe bei der Vorbereitung nötig, aber selbständiges zum-Mund-Führen und Einnehmen von Speisen und Getränken oder Hilfe bei Ernährung über MS/PEG	5		
	kein selbständiges zum-Mund-Führen oder Einnehmen von Speisen und Getränken und keine MS/PEG-Ernährung	0		
<b>Aufsetzen</b>	dito komplett selbständig aus liegender Position in Stuhl/Rollstuhl und zurück	15		
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10		
<b>Toilettenbe- nutzung</b>	vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung/Reinigung	10		
	vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder Spülung/Reinigung erforderlich	5		
	benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl	0		
<b>Baden/ Duschen</b>	selbständig Vollbad oder Duschbad nehmen incl. Ein-7Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5		
	erfüllt „5“ nicht	0		
<b>Aufstehen &amp; Gehen</b>	ohne Hilfe oder Aufsicht vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m ohne Gehwagen selbständig gehen	15		
	ohne Hilfe oder Aufsicht vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m mit Hilfe eines Gehwagens selbständig gehen	10		
	ggf. mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen alternativ: Strecken im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl bewältigen	5		
	erfüllt „5“ nicht	0		
<b>Treppen- steigen</b>	steigt ohne Aufsicht oder Hilfe Treppen über mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	10		
	steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mind. Ein Stockwerk hinauf und hinunter	5		
	erfüllt „5“ nicht	0		



## Geriatric

<b>An- &amp; Auskleiden</b>	zieht sich in angemessener Zeit Tageskleidung und Schuhe (sowie ggf. benötigte Hilfsmittel – ATS Prothesen etc.) selbständig an und aus	<b>10</b>		
	kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	<b>5</b>		
	erfüllt „5“ nicht	<b>0</b>		
<b>Stuhlkontinenz</b>	ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen und Anus- praeter-Versorgung	<b>10</b>		
	ist durchschnittliche nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	<b>5</b>		
	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	<b>0</b>		
<b>Harnkontinenz</b>	ist harnkontinent oder kompensiert Harninkontinenz/versorgt DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche	<b>10</b>		
	Kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	<b>5</b>		
	Ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	<b>0</b>		
		<b>Summe</b>		