

**Anmeldeformular Geriatrie**  
(bitte ausgefüllt faxen an: 02303/100 1249)

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

OP-Datum: \_\_\_\_\_  bei Fraktur  voll belastbar  teilbelastbar ab \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ kg  
 übungstabil  keine Belastung bis \_\_\_\_\_

Erbrechen  Ja  Nein Hinlauftendenz  Ja  Nein

Durchfall  Ja  Nein Aggressivität  Ja  Nein

Infektionen (Noro/MRSA/Clost./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/ wahnhafte Symptomatik/ Hinlauftendenz/ 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:** \_\_\_\_\_

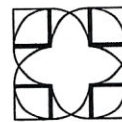
Tel.-Nr. für Rückfragen: \_\_\_\_\_

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

Patient wird aufgenommen :  Ja, am: \_\_\_\_\_  Nein: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

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





## Formular

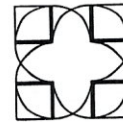
# Barthel-Index nach dem Hamburger Manual

Geriatric

kleines Patientenetikett

|       |  |  |
|-------|--|--|
| Datum |  |  |
| HZ    |  |  |

| Funktion                | Beschreibung   | Punkte | Aufn. | Entl. |
|-------------------------|--|--------|-------|-------|
| Essen                   | 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      |       |       |
| Aufsetzen               | dito komplett selbständig aus liegender Position in Stuhl/Rollstuhl und zurück   | 15     |       |       |
|                         | Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)   | 10     |       |       |
| Toilettenbe-<br>nutzung | 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      |       |       |
| Baden/<br>Duschen       | selbständig Vollbad oder Duschbad nehmen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen   | 5      |       |       |
|                         | erfüllt „5“ nicht  | 0      |       |       |
| Aufstehen<br>&<br>Gehen | 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      |       |       |
| Treppen-<br>steigen     | 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

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