



Anmeldung zur stationären Aufnahme:

Geriatric

Per Fax: 05221 94 29 27 25

Es erfolgt die telefonische Rückmeldung zur konkreten Aufnahmeplanung durch das Sekretariat.

Angaben zum Patienten

Name

Vorname

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Strasse, Nr.

Telefonnummer

Unterschrift*

Wahlleistung

Chefarztbehandlung

1-Bett-Zimmer

Komfortstation

2-Bett-Zimmer

Zusätzliche Kontaktperson

Name

Vorname

Telefonnummer

Unterschrift*

Hauptdiagnose:

Nebendiagnosen:

Fragestellung/Aufgabe/Behandlungsziele:

Zusätzliche Angaben

Infektiös: nein ja , wegen

Covid-19 Abstrich durchgeführt: ja negativ:

O₂-pflichtig: nein ja

Antikoagulation: nein ja , welche

Kognitive Einschränkung: nein mittel schwer

Orientierung Nächtliche Unruhe: nein ja

Belastungsstufe (bei Frakturen): voll Teilbelastung kg Absehbare Vollbelastung ab:

Gewünschtes Übernahmedatum:

Barthel-Index siehe Anlage

Hinweis: Bitte Röntgen-/MRT-CDs, aktuelles Labor, Vorbefunde und Bundesmedikationsplan mitgeben

Niedergelassener Zuweiser

Stempel (inkl. LANR)/Unterschrift

Vorbehandelndes Krankenhaus

Stempel/Arzt (Direkte Durchwahl)/Unterschrift**

Medizinische Klinik I

**Klinik für Gastroenterologie,
Pneumologie, Diabetologie
und Geriatrie**

Chefarzt

Prof. Dr. med. Thorsten Pohle

STATIONEN

Stationssekretariat

Befundanforderungen

Stationäre Terminvergabe

Tel. 94 11 603 / 11 608 Fax 94 21 74

L1 Geriatrie

Tel. 94 27 23

Fax 94 29 27 23

Medizinische

Dringlichkeit: normal

hoch

Notfälle: Vorstellung ZNA!

* Der Patient (Vertreter) erklärt sich mit der Datenübermittlung und Anmeldung per Faxübermittlung einverstanden.

** Eine verbindliche Bearbeitung kann nur bei eindeutiger Authentifizierung des Veranlassers stattfinden.

Barthel-Index (Pflege- und Sozialberatung)

Patientenetikett

1. Essen und trinken	Unabhängig, isst und trinkt selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/>	10
	Braucht etwas Hilfe, z. B. Fleisch oder Brot schneiden	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/>	0
2. Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen), Gebrauch von Geländer und Gehhilfe möglich	<input type="checkbox"/>	10
	Benötigt Hilfe oder Aufsicht	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	0
3. Bett- (Rollstuhl-) Transfer	Selbstständig ohne fremde Hilfe	<input type="checkbox"/>	15
	Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung notwendig	<input type="checkbox"/>	10
	Mit erheblicher Unterstützung, Rumpfstabilität vorhanden	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht möglich	<input type="checkbox"/>	0
4. An-/ Ausziehen	Selbstständig beim An- und Ausziehen, Hilfsmittel werden selbstständig angelegt	<input type="checkbox"/>	10
	Benötigt Hilfe, kann aber 50 % der Tätigkeit selbst	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbstständig	<input type="checkbox"/>	0
5. Gesichtsreinigung/ Mundpflege	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen und Zähneputzen	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	0
6. Duschen	Unabhängig bei Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbstständig möglich	<input type="checkbox"/>	0
7. Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen (mind. 50 m), Hilfsmittel erlaubt, aber nicht hoher Gehwagen	<input type="checkbox"/>	15
	Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel mind. 50 m weit gehen	<input type="checkbox"/>	10
	Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, mind. 50 m	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/>	0
8. Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)	<input type="checkbox"/>	10
	Teilselbstständig, aber Hilfsperson notwendig	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbstständig	<input type="checkbox"/>	0
9. Harnkontrolle	Ständig kontinent, evtl. Gebrauch von Windeln, Vorlagen bzw. Versorgung eines Katheters selbstständig	<input type="checkbox"/>	10
	Inkontinent max. einmal pro Tag bzw. Hilfe bei Versorgung des Katheters	<input type="checkbox"/>	5
	Häufiger/ständig inkontinent, Gebrauch von Windeln, Vorlagen bzw. Versorgung eines Katheters nicht selbstständig	<input type="checkbox"/>	0
10. Stuhlkontrolle	Ständig kontinent, eventuelle Stomaversorgung selbstständig	<input type="checkbox"/>	10
	Inkontinent maximal einmal pro Tag	<input type="checkbox"/>	5
	Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/>	0

Gesamtpunktzahl Barthel-Index:

Kognitive und soziale Aspekte:

		Ja	teilw.	nein
11. Verstehen	Anweisungen werden verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kommunikation	Kann sich ausreichend verständlich machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Orientierung	Kann sich ausreichend (räumlich) orientieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Soziale Interaktion	Kann ausreichend Kontakt aufbauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten in der Pflege und Führung des Patienten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> Beatmung |
| <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> Schluckstörungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Stomaversorgung | <input type="checkbox"/> Port-Anlage |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensstörungen (z. B. Weglaufendenz): | |

Bemerkungen:

Keime ja nein

Welche:

.....
Datum und Unterschrift