

# Anmeldung zur Geriatrie in Frankenberg

Kreiskrankenhaus Frankenberg gGmbH ■ Postfach 12 80 ■ 35056 Frankenberg

Station 4 Geriatrie ■ Telefon 06451/ 55-321 **CA Dr. med. Dr. theol. M. Gernhardt**



<b>Datum:</b>	<b>Bitte Fax an 06451 / 55-520</b>
(Patientenetikett) Name: Vorname: Geb.-Datum: Telefon Patient Wahlleistung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Absender: Ansprechpartner: <span style="float: right;">Telefon</span> Unterschrift: <u>Telefon der Station</u> <u>Gewünschter Verlegungstermin:</u>
<b>Akutstat. Behandlungsbedarf begründend:</b>	<b>Nebendiagnosen:</b>
	<b>Geriatrische Vorbehandlung in den letzten 6 Monaten</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Dialyse: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Frührehabitativer Behandlungsansatz:</b> <input type="checkbox"/> Mobilisation: <input type="checkbox"/> Gehfähigkeit mit / ohne Hilfsmittel, <input type="checkbox"/> Rollstuhlmobilität <input type="checkbox"/> Wiedererlangen der größtmöglichen ADL Selbstständigkeit	
<b>Impfstatus COVID:</b>	<b>1. Impfung <input type="checkbox"/> Datum</b> , <b>2. Impfung <input type="checkbox"/> Datum</b>
<b>COVID Infektion:</b>	<input type="checkbox"/> Nein , <input type="checkbox"/> Ja , Wann war Ausheilung:
<b>Bei Frakturen:</b> <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung mit <input type="text"/> kg für <input type="text"/> Wochen <input type="checkbox"/> positiv --> Spezies: <input type="checkbox"/> Entlastung bis Datum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> negativ	<b>Multiresistente Erreger:</b> <b>Abstrichbefund bitte mit faxen</b>
<b>Kurze Patientenbeschreibung:</b>	
<b>Soziale Situation vor Erkrankungsbeginn:</b> <input type="checkbox"/> wohnt allein Sozial <input type="checkbox"/> ausreichend versorgt <input type="checkbox"/> wohnt im Altenheim <input type="checkbox"/> unzureichend versorgt <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> <b>Pflegegrad:</b> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein PG <input type="checkbox"/>	<b>Orientierung des Patienten aktuell:</b> voll orientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein partiell orientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein desorientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bekannte Demenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein motivierbar <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Größe:</b> <input type="text"/> cm <b>Gewicht:</b> <input type="text"/> kg <b>BMI:</b> <input type="text"/>	
<b>Aktivitäten des täglichen Lebens (BARTHEL-Index) siehe Blatt 2</b> <b>Gesamtpunktzahl:</b> <input type="text"/> /100	
<b>Alltagsrelevante Fähigkeiten des Patienten vor stationärer Aufnahme:</b> <input type="checkbox"/> Selbständig mobil <input type="checkbox"/> mit Hilfe mobil <input type="checkbox"/> alltagsselbständig <input type="checkbox"/>	
<b><u>Wird von Geriatrie Frankenberg ausgefüllt:</u></b>	
<b>Geplante Aufnahme:</b>	<b>Geplante Verweildauer bis:</b>
<b>Info an Klinik / HA:</b>	<b>Assessment:</b>
<b>Kalender :</b>	<b>Zimmer:</b>
<b>Bettenplanung:</b>	<b>Handzeichen:</b>

# Anmeldung zur Geriatrie in Frankenberg

Kreiskrankenhaus Frankenberg gGmbH ■ Postfach 12 80 ■ 35056 Frankenberg

Station 4 Geriatrie ■ Telefon 06451/ 55-321 **CA Dr. med. Dr. theol. M. Gernhardt**



<b>BARTHEL-INDEX</b>		<b>Pkt.</b>	<b>Punktzahl</b>
<b>1. Essen</b>	Unabhängig, benutzt Geschirr, inkl. Schneiden der Nahrung	<b>10</b>	
	Etwas Hilfe notwendig, z.B. Zerkleinern der Nahrung	<b>5</b>	
	Erfüllt die genannten Bedingungen nicht, vollständig auf Hilfe / bzw. Übernahme angewiesen	<b>0</b>	
<b>2. Transfer</b> (z.B. Rollstuhl-Bett)	Unabhängig und sicher in allen Phasen, inkl. Sich-Aufsetzen am Bettrand	<b>15</b>	
	Minimale Hilfe oder Anleitung bei einem oder mehreren Teilen der Aktivität	<b>10</b>	
	Kommt ohne Hilfe in sitzende Position, Transfer mit viel Hilfe	<b>5</b>	
	bettlägrig, erfüllt die genannten Bedingungen nicht	<b>0</b>	
<b>3. Waschen</b>	Wäscht ohne Hilfe Hände und Gesicht, rasiert und kämmt sich, führt Zahnpflege selbstständig durch, legt Make-Up auf	<b>5</b>	
	Braucht Hilfe, erfüllt die genannten Bedingungen nicht	<b>0</b>	
<b>4. Toilettengang</b>	Unabhängig bei der Benutzung der Toilette, inkl. Aus- und Ankleiden oder Reinigung	<b>10</b>	
	Braucht Hilfe um Gleichgewicht zu halten, Hilfe bei Kleidung oder Reinigung	<b>5</b>	
	Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl	<b>0</b>	
<b>5. Baden, Duschen</b>	Badet oder duscht ohne Hilfe	<b>5</b>	
	Badet oder duscht mit Hilfe	<b>0</b>	
<b>6. Bewegung</b>	Unabhängiges Gehen, auch mit Gehhilfe (min. 45-50m)	<b>15</b>	
	Min. 50m Gehen, jedoch mit Unterstützung	<b>10</b>	
	Mit Rollstuhl, unabhängig min. 50m	<b>5</b>	
	Kann sich nicht fortbewegen	<b>0</b>	
<b>7. Treppensteigen</b>	Unabhängig (auf-und abwärts), auch mit Gehhilfen	<b>10</b>	
	Braucht Hilfe oder Aufsicht	<b>5</b>	
	Kann nicht Treppensteigen	<b>0</b>	
<b>8. An-/Auskleiden</b>	Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	<b>10</b>	
	Braucht Hilfe, leistet die Hälfte der Aktivität selbst in angemessener Zeit	<b>5</b>	
	Vollständig auf Hilfe angewiesen	<b>0</b>	
<b>9. Stuhlkontrolle</b>	Kontinent	<b>10</b>	
	Gelegentliche Inkontinenz ( max 1x wöchentlich), Hilfe beim Abführen	<b>5</b>	
	Inkontinent	<b>0</b>	
<b>10. Urinkontrolle</b>	Kontinent, kann Katheter selbst versorgen	<b>10</b>	
	Gelegentlich inkontinent (max 1x wöchentlich), Hilfe beim Katheter	<b>5</b>	
	Inkontinent	<b>0</b>	
<b>Gesamtpunkte:</b>			