Kreiskrankenhaus Frankenberg

Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

Station 4 Geriatrie ■ Telefon 06451/ 55-321 ■ **Fax 06451/ 55-520**

Patientendaten		**Anmelder/Einrichtung**
Name:	**[Name],**	**[Station]**
Vorname:	**[Vorname]**	
Straße:	[Straße]	**BA-Nr.:** [BANummer]
PLZ: [PLZ]	**Wohnort:** [Ort]	**Anmeldedatum:** [Erstelldatum]
Geb.-Datum: [Geburtsdatum] **Alter:** **[Alter bei Dokumentanlage]**		**stationär seit:** [Aufnahmedatum]
Krankenkasse:	[Krankenkasse], [KK-Vers.Nr]	**Kontakt auf Station**
Behandlungsart: stationär ☐ , teilstationär ☐		**Telefon:**
Wahlleistungen: 1-Bett ☐ 2-Bett ☐ Chefarzt ☐		**Arzt:**
Hausarzt: [ArztAnrede] [ArztTitel] [ArztVorname] [ArztNamenszusatz] [ArztName] [Arzttraße] [ArztPLZ] [ArztOrt]		
Behandlungsbegründete Diagnosen:		
Weitere relevante Diagnosen:		

Operationen, OP-Datum:	**Bei Frakturen** *(bitte Vorbefunde / CD mitgeben)*
	☐ voll belastbar ☐ Teilbelastbar ab mit kg
	☐ übungsstabil ☐ keine Belastung bis

Status vor Erkrankung und Mobilität				**Pflegegrad:**
☐	Allein lebend	☐	Betreutes Wohnen	☐ Nein ☐ Antrag gestellt
☐	Selbständig	☐	Kurzzeitpflege/PH	Pflegegrad: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5
☐	Eigene Wohnung	☐	Immobil	**Geriatrische Behandlung innerhalb der letzten 6 Monate** ☐ ja ☐ nein (Pflichtangabe)
☐	Mit Angehörigen	☐	Hilfsmittel:	
☐	hilfsbedürftig			
☐	Familiäre Versorgung			
☐	Pflegedienst			

Kontakt Ansprechpartner		**Name/Anschrift**	**Telefon**
☐	Angehöriger	[AngehoerigerNachname], [AngehoerigerVorname]	[AngehoerigerMobilTelefon]
☐	VS-Bevollmächtigter		
☐	Betreuer	[BetreuerNachname], [BetreuerVorname]	[BetreuerMobilTelefon]

Geriatrie typische Multimorbidität *(aktuellen Status bitte ankreuzen)*

☐ Gebrechlichkeit Immobilität	☐ Kognitive Defizite/Demenz	☐ Mangel-/Fehlernährung
☐ Rezidivierende Stürze/Gangstörung	☐ Delir	☐ Dekubitus/Wunden
☐ Schwindel/Gleichgewichtsstörungen	☐ Depression/Angststörung	☐ Multimedikation (>5)
☐ Exsikkose/Elektrolytentgleisung	☐ Starke Sehbehinderung	☐ Kontinenzprobleme
☐ Schmerz ☐ akut ☐ chronisch	☐ Verzögerte Rekonvaleszenz	☐ Urin ☐ Stuhl

Die Patientin / der Patient ist aktuell		**Die Patientin / der Patient benötig Hilfe beim**	
☐ Kooperationsfähig	☐ Selbständig gehfähig	☐ Essen	☐ Transfer
☐ Orientiert	☐ Mit Hilfsperson gehfähig	☐ Waschen	☐ An-/Ausziehen
☐ Verwirrt	☐ Nicht gehfähig	☐ Toilettengang	
☐ Hin-/weglaufgefährdet	☐ Rollstuhlfahrer		

Besonderheiten

☐ Sprachstörung	☐ Kontrakturen	☐ Stomaversorgung	☐ Demers/Shaldon Katheder
☐ Schluckstörungen	☐ NIV/CPAP-Beatmung	☐ Blasenkatheter	☐ Dialyse
☐ Magensonde/PEG	☐ O2-Therapie	☐ Port	☐ Sonstiges:
☐ Tracheostoma	☐aktuell ☐chronisch	☐ ZVK	

Hygienerelevante Erkrankungen *(bitte aktuellen Befund mitschicken)*

☐ Diarrhöe ☐ Chlostridiodes ☐ Norovirus
☐ VRE ☐ 3 MRGN / Erreger und Lokalisation
☐ MRSA ☐ 3 MRGN / Erreger und Lokalisation
☐ COVID-19 Aabstrich erfolgt
☐ Positiv Datum Befund:
☐ negativ
☐ Sonstige:

Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, da *(vom Arzt ausfüllen)*

☐ Aktuell bestehende i.v. Therapie
☐ Die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
☐ Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
☐ Komplikationen bestehen:
(z.B. Desorientiertheit/ wahnhafte Symptome/ Weglauftendenz/ Wundkomplikationen/ Sehverlust/ Hörverlust)

☐ Bestehende Begleiterkrankungen, die weitere akutmedizinischer Behandlung bedürfen *(bitte Erkrankung anführen)*:

Weitere Bemerkungen:

Rücksprache (Name und Telefon) Datum:
Unterschrift Arzt: _____

Wird von Geriatrie Frankenberg ausgefüllt:

Geplante Aufnahme:	Geplante Verweildauer bis:
Info an Klinik / HA:	Zimmer:
Kalender :	Bettenplanung:
Handzeichen Planer:	

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