



**Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V**

Patientendaten		Anmelder/Einrichtung
Name:		
Vorname:		
Straße:		
PLZ:	Wohnort:	
Geb.-Datum:		stationär seit:
Krankenkasse:		Kontakt auf Station
Behandlungsart: stationär <input type="checkbox"/> , teilstationär <input type="checkbox"/>		Telefon:
Wahlleistungen: 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/>		Arzt:
Hausarzt:		
Behandlungsbegründete Diagnosen:		
Weitere relevante Diagnosen:		

Operationen, OP-Datum:	Bei Frakturen (bitte Vorbefunde / CD mitgeben)
	<input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> Teilbelastbar ab mit kg
	<input type="checkbox"/> übungstabil <input type="checkbox"/> keine Belastung bis

Status vor Erkrankung und Mobilität		Pflegegrad:
<input type="checkbox"/> Allein lebend	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt
<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/PH	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Eigene Wohnung	<input type="checkbox"/> Immobil	
<input type="checkbox"/> Mit Angehörigen	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel:	
<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig		
<input type="checkbox"/> Familiäre Versorgung		
<input type="checkbox"/> Pflegedienst		

Kontakt Ansprechpartner	Name/Anschrift	Telefon
<input type="checkbox"/> Angehöriger		
<input type="checkbox"/> VS-Bevollmächtigter		
<input type="checkbox"/> Betreuer		

<b>Geriatrie typische Multimorbidität (aktuellen Status bitte ankreuzen)</b>		
<input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit	<input type="checkbox"/> Immobilität	<input type="checkbox"/> Kognitive Defizite/Demenz
<input type="checkbox"/> Rezidivierende Stürze/Gangstörung	<input type="checkbox"/> Delir	<input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung
<input type="checkbox"/> Schwindel/Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/> Depression/Angststörung	<input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden
<input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung	<input type="checkbox"/> Starke Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> Multimedikation (>5)
<input type="checkbox"/> Schmerz <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch	<input type="checkbox"/> Verzögerte Rekonvaleszenz	<input type="checkbox"/> Kontinenzprobleme
		<input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl



### Die Patientin / der Patient ist aktuell

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kooperationsfähig     | <input type="checkbox"/> Selbständig gehfähig     |
| <input type="checkbox"/> Orientiert            | <input type="checkbox"/> Mit Hilfsperson gehfähig |
| <input type="checkbox"/> Verwirrt              | <input type="checkbox"/> Nicht gehfähig           |
| <input type="checkbox"/> Hin-/weglaufgefährdet | <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer          |

### Die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essen         | <input type="checkbox"/> Transfer      |
| <input type="checkbox"/> Waschen       | <input type="checkbox"/> An-/Ausziehen |
| <input type="checkbox"/> Toilettengang |  |

### Besonderheiten

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung    | <input type="checkbox"/> Kontrakturen                               | <input type="checkbox"/> Stomaversorgung | <input type="checkbox"/> Demers/Shaldon Katheder |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> NIV/CPAP-Beatmung                          | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter  | <input type="checkbox"/> Dialyse                 |
| <input type="checkbox"/> Magensonde/PEG   | <input type="checkbox"/> O2-Therapie                                | <input type="checkbox"/> Port            | <input type="checkbox"/> Sonstiges:              |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma     | <input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> chronisch | <input type="checkbox"/> ZVK             |  |

### Hygienerrelevante Erkrankungen ( bitte aktuellen Befund mitschicken)

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diarrhöe                   | <input type="checkbox"/> Chlostridiodes                    | <input type="checkbox"/> Norovirus |
| <input type="checkbox"/> VRE                        | <input type="checkbox"/> 3 MRGN / Erreger und Lokalisation |                                    |
| <input type="checkbox"/> MRSA                       | <input type="checkbox"/> 3 MRGN / Erreger und Lokalisation |                                    |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 Aabstrich erfolgt |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Positiv                    | Datum Befund:  |                                    |
| <input type="checkbox"/> negativ                    |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> 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:



<b>BARTHEL-INDEX</b>		<b>Pkt.</b>	<b>Punktzahl</b>
<b>1. Essen</b>	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	
<b>2. Transfer</b> (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	
<b>3. Waschen</b>	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	
<b>4. Toilettengang</b>	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	
<b>5. Baden, Duschen</b>	Badet oder duscht ohne Hilfe	5	
	Badet oder duscht mit Hilfe	0	
<b>6. Bewegung</b>	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	
<b>7. Treppensteigen</b>	Unabhängig (auf-und abwärts), auch mit Gehhilfen	10	
	Braucht Hilfe oder Aufsicht	5	
	Kann nicht Treppensteigen	0	
<b>8. An-/Auskleiden</b>	Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10	
	Braucht Hilfe, leistet die Hälfte der Aktivität selbst in angemessener Zeit	5	
	Vollständig auf Hilfe angewiesen	0	
<b>9. Stuhlkontrolle</b>	Kontinent	10	
	Gelegentliche Inkontinenz ( max 1x wöchentlich), Hilfe beim Abführen	5	
	Inkontinent	0	
<b>10. Urinkontrolle</b>	Kontinent, kann Katheter selbst versorgen	10	
	Gelegentlich inkontinent (max 1x wöchentlich), Hilfe beim Katheter	5	
	Inkontinent	0	
<b>Gesamtpunkte:</b>			