

# Anmeldung zur Geriatrie in Frankenberg

Kreiskrankenhaus Frankenberg gGmbH ■ Postfach 12 80 ■ 35056 Frankenberg  
Station 4 Geriatrie ■ Telefon 06451/ 55-321

Zweigstelle des  
Stadtkrankenhauses Korbach



Kreiskrankenhaus  
Frankenberg  
Klinik für Geriatrie

<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: ..... Telefon: ..... Unterschrift: ..... <u>Telefon der Station</u> ..... <u>Gewünschter Verlegungstermin:</u> .....	
<b>Hauptdiagnose / Verlauf /OP:</b>	<b>Weitere Diagnosen:</b>	
<b>Besonderes / Rehaziel:</b> <input type="checkbox"/> Mobilisation: <input type="checkbox"/> Gehfähigkeit mit / ohne Hilfsmittel, <input type="checkbox"/> Rollstuhlmobilität <input type="checkbox"/> Wiedererlangen der größtmöglichen ADL Selbstständigkeit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Bei Frakturen:</b> <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung mit .....kg für .....Wochen <input type="checkbox"/> Entlastung bis Datum:.....	<b>Multiresistente Erreger:</b> <b>Abstrichbefund bitte mitfaxen</b> <input type="checkbox"/> positiv --> Spezies:..... <input type="checkbox"/> negativ	
<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"/> Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <b>Größe:</b> cm <b>Gewicht:</b> kg <b>BMI:</b>		<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>Aktivitäten des täglichen Lebens (BARTHEL-Index) siehe Blatt 2+3</b> <b>Gesamtpunktzahl: ...../100</b>		
<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>		
Geplante Aufnahme:	Geplante Verweildauer bis:	
Info an Klinik / HA:	Assessment:	
Kalender :	Zimmer:	
Bettenplanung:	Handzeichen:	



<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>	
	Inkontent	<b>0</b>	
<b>Gesamtpunkte:</b>			