

Anmeldung zur Akutgeriatrie

Tel: 09841/99-627

Fax: 09841/99-303



**KLINIKEN DES
LANDKREISES**

Neustadt a. d. Aisch – Bad Windsheim
Chefärztin Dr. med. Radka Blagova
Erkenbrechtallee 45 91438 Bad Windsheim

Patientenetikett / Patientendaten

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Alter: _____
Ort: _____
Strasse: _____
Krankenkasse: _____
Vers.-Nr.: _____
Hausarzt: _____

Angaben zum Patienten

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Nationalität: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet
☐ geschieden ☐ verwitwet

Soziales Umfeld

☐ gesetzliche Betreuung ☐ Angehörige
☐ Patient lebt allein ☐ Heimbewohner

Ansprechpartner, Tel.: _____

Pflegegrad

☐ kein ☐ beantragt ☐ ja, Grad _____

Zuweiser / Stempel

Arzt: _____

Tel: _____

Sozialdienst: // Fax ed. Mail

Tel: // + Telefon

AUFNAHME: Mo.-Fr. 9:00-12:00 Uhr 8-12 '00

Gewünschter Aufnahmetermin: _____

Wahlleistungen

☐ privat versichert
☐ Basistarif ☐ mit Wahlleistungen
☐ Chefarztbehandlung ☐ Einzelzimmer

Isolation

☐ ja ☐ nein ☐ MRSA
☐ 3 MRGN ☐ 4 MRGN ☐ VRE
☐ Norovirus ☐ Clostridien ☐ sonst. Erreg.

COVID-19 negativ vom: _____

☒ COVID 19

Medizinischer Teil

Haupt-
diagnosen _____

Neben-
diagnosen _____

stationär seit _____

Krankheits-
verlauf/ _____

Besonder-
heiten _____

Aktueller
medizinischer _____

Behandlungs-
bedarf _____

Übernahmebestätigung (wird von der Geriatrie ausgefüllt)

☐ ja ☐ nein Grund: _____ Kürzel: _____

OP vom

☐ Teilbelastung ☐ Vollbelastung
bis _____ kg ☐ keine bis _____

Dekubitus ☐ ja ☐ nein

Ort _____ Grad _____

Wunden ☐ ja ☐ nein

Ort _____

PEG Sonde ☐ ja ☐ nein

Magensonde ☐ ja ☐ nein

O₂ Bedarf ☐ ja ☐ nein

Dialyse ☐ ja ☐ nein

Stoma ☐ ja ☐ nein

Trachealkanüle ☐ ja ☐ nein

Größe: _____ Gewicht: _____

Mobilität

☐ mit Hilfe ☐ ohne Hilfe ☐ nicht mgl.

Kognition

orientiert ☐ ja ☐ teilweise ☐ nein

☐ Delir ☐ Demenz

Hinlauffähigkeit ☐ ja ☐ nein

Aggress. Verhalten ☐ ja ☐ nein

>Bitte Medikamentenliste mitfaxen<

größer und nach oben

Anmeldung zur Akutgeriatrie

Tel: 09841/99-627

Fax: 09841/99-303

Funktionsniveau laut Barthel-Index

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

- Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbstständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen.
- Sollten zum Beispiel je nach Tagesform oder im Tagesverlauf unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.
- Bitte das Datum der Erfassung notieren.

Barthel-Index Kriterium (Hamburg-Manual – Kurzversion)

~~Löschen~~

vom: _____

Essen	Komplett selbständig oder selbständige PEG / MS-Beschickung / -Versorgung	10	<input type="radio"/>
	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen der Mahlzeit oder Hilfe bei PEG / MS-Beschickung / -Versorgung	5	<input type="radio"/>
	Kein selbständiges Einnehmen von Speisen und Getränken und keine PEG / MS-Ernährung	0	<input type="radio"/>
Auf- und Umsetzen	Komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-) Stuhl und zurück	15	<input type="radio"/>
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) in der einen oder anderen o. g. Phase	10	<input type="radio"/>
	Aufrichten in den Sitz an die Bettkante und / oder Transfer in den Rollstuhl mit erheblicher Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5	<input type="radio"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht, wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0	<input type="radio"/>
Sich waschen	Vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5	<input type="radio"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht	0	<input type="radio"/>
Toilettenbenutzung	Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	10	<input type="radio"/>
	Vor Ort Aufsicht oder Hilfe bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5	<input type="radio"/>
	Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0	<input type="radio"/>
Baden / Duschen	Selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein- / Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5	<input type="radio"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht	0	<input type="radio"/>
Aufstehen und Gehen	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken / Gehstützen) gehen	15	<input type="radio"/>
	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens selbständig gehen	10	<input type="radio"/>
	Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen oder im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5	<input type="radio"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht	0	<input type="radio"/>
Treppensteigen	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. mit Stöcken / Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen	10	<input type="radio"/>
	Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen	5	<input type="radio"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht	0	<input type="radio"/>
An- und Auskleiden	Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung und Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus	10	<input type="radio"/>
	Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5	<input type="radio"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht	0	<input type="radio"/>
Stuhlkontinenz	Ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder Anus- <u>praeter</u> Versorgung	10	<input type="radio"/>
	Ist durchschnittlich nicht mehr als 1 x / Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen bzw. der Anus- <u>praeter</u> Versorgung	5	<input type="radio"/>
	Ist durchschnittlich mehr als 1 x / Woche stuhlinkontinent	0	<input type="radio"/>
Harninkontinenz	Ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz bzw. versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10	<input type="radio"/>
	Kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1 x / Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5	<input type="radio"/>
	Ist durchschnittlich mehr als 1 x / Tag harninkontinent	0	<input type="radio"/>
		0	<input type="radio"/>
Summe			<input type="text"/>

Kern Fankel