

# Anmeldung zur stationären Behandlung

## Geriatrische od. Frührehabilitative

### Weiterbehandlung



**Rückfax an: 02776/803-402**

telefonische Rücksprache unter: 02776/803-350

Name: \_\_\_\_\_

geb. Datum: \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Privat:  Ja  Nein

Zusatzversicherung \_\_\_\_\_

EZ (kostenpfl.):  Ja  Nein

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Datum OP/Akutereignis: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_

Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Weglaufgefahr?  Ja  Nein

Hausarzt: \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Orientierung/Kognition</b><br><input type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> leicht eingeschränkt<br><input type="checkbox"/> schwer eingeschränkt   | <b>Dialysepflichtig</b><br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> chronisch<br><input type="checkbox"/> akut<br>falls akut, Kostenübernahme<br>geklärt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                           | <b>Dekubitus</b><br><input type="checkbox"/> keiner<br><input type="checkbox"/> Stad. I<br><input type="checkbox"/> Stad. II<br><input type="checkbox"/> Stad. III oder multiple | <b>Antidekubitussystem</b><br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja<br>welches? _____<br>_____  |
| <b>Ernährung</b><br><input type="checkbox"/> Magensonde<br><input type="checkbox"/> PEG<br><input type="checkbox"/> Schluckstörungen   | <b>Frakturbelastung</b><br><input type="checkbox"/> voll<br><input type="checkbox"/> teil<br><input type="checkbox"/> Entlastung weiterhin nötig<br>bis _____  | <b>VAC - Versorgung:</b><br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja   | <b>Multiresistenter Keim</b><br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, welcher? _____<br>wo? _____<br><input type="checkbox"/> saniert  |
| <b>Z. n. Amputation?</b><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  | <b>Durchfallerkrankung?</b><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   | <b>Sprechstörungen?</b><br>Logopädie erforderlich?<br><input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja   | <b>Respiratorische Probleme</b><br>Beatmungsgerät<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,<br>welches _____<br>O2 Gabe,<br>wieviel? _____<br>O2 Konz. vorhanden?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wundheilung abgeschlossen?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Prothesenversorg. eingeleitet?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja<br>Prothese vorhanden?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <b>Clostridien nachgewiesen?</b><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> saniert<br><b>Noroviren nachgewiesen?</b><br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> saniert |  |  |

## ADL Status (Barthel)

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Essen</b><br><input type="checkbox"/> unabhängig (10)<br><input type="checkbox"/> braucht etwas Hilfe (5)<br><input type="checkbox"/> unselbständig (0)                                       | <b>Bett/ (Roll-) Stuhltransfer</b><br><input type="checkbox"/> unabhängig (15)<br><input type="checkbox"/> geringe Hilfen bzw. Beaufsichtigung (10)<br><input type="checkbox"/> erhebliche Hilfen bei Transfer, Lagewechsel (5)<br><input type="checkbox"/> unselbständig (0)  | <b>Waschen</b><br><input type="checkbox"/> selbständig (5)<br><input type="checkbox"/> unselbständig (0)   | <b>Toilettenbenutzung</b><br><input type="checkbox"/> selbständig (10)<br><input type="checkbox"/> benötigt z. T. Hilfe (Gleichgewicht, Kleidung) (5)<br><input type="checkbox"/> unselbständig (0) |
| <b>Baden</b><br><input type="checkbox"/> selbständig (5)<br><input type="checkbox"/> unselbständig (0)   | <b>Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren</b><br><input type="checkbox"/> selbständig > 50m Hilfsmittel erlaubt (kein Gehwagen) (15)<br><input type="checkbox"/> geringe Hilfe, Überwachung kann mit Hilfsm. 50m gehen (10)<br><input type="checkbox"/> unselbständig, kann aber Rollstuhl alleine benutzen mind. 50m (5)<br><input type="checkbox"/> völlig unselbständig (0) | <b>Treppensteigen</b><br><input type="checkbox"/> selbständig (10)<br><input type="checkbox"/> Hilfe erford. jedoch 50% selbständig (5)<br><input type="checkbox"/> unselbständig (0)  | <b>An- Auskleiden</b><br><input type="checkbox"/> selbständig (10)<br><input type="checkbox"/> Hilfe erford. jedoch 50% selbständig (5)<br><input type="checkbox"/> unselbständig (0)               |
| <b>Stuhlkontrolle</b><br><input type="checkbox"/> kontinent (10)<br><input type="checkbox"/> gelegentlich inkontinent (max. 1x/Woche) (5)<br><input type="checkbox"/> (häufiger) inkontinent (0) | <b>Urinkontrolle</b><br><input type="checkbox"/> kontinent (ggf. selbständige DK/Cystofixversorgung) (10)<br><input type="checkbox"/> gelegentlich inkontinent (max. 1x/Tag) (5)<br><input type="checkbox"/> (häufiger) inkontinent (0)  | <b>Gesamtsumme:</b> _____<br><br><div style="text-align: center;"> <b>MRSA-Ausgangsscreening:</b><br/> <input type="checkbox"/> negativ<br/> <input type="checkbox"/> positiv<br/>           Lokalisation: _____<br/>           (Befund bitte in Kopie mitgeben!!!)         </div> |   |

Außergewöhnliche Medikation (z. B. orale Chemo, Antikörpertherapie, Studienmedikation etc.)?

**Pflegegrad**       Nein    Ja, welchen?    1    2    3    4    5    eingeleitet

**Betreuung**       Nein    Ja, wer? \_\_\_\_\_

**bisherige häusliche Versorgung:**

selbständig    ambulante Dienste    Familienangehörige  
 Heim    sonst. \_\_\_\_\_

Familienangehörige (Name, Telefon-Nr.): \_\_\_\_\_

Weitere Infos (ggf. spezielle Therapieziele): \_\_\_\_\_

**Angemeldet von:** Klinik/Abteilung/Station \_\_\_\_\_

**Anmelder:** \_\_\_\_\_

**Telefon-Nr. für Rückfragen:** \_\_\_\_\_

**Verlegung erwünscht ab:** \_\_\_\_\_