



Patientenanmeldung durch den Hausarzt

(nur zur Abstimmung zwischen dem Hausarzt und unserer Geriatrischen Fachklinik)

Erklärung zur geschlechterneutralen Formulierung: Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit sowie einer besseren Übersichtlichkeit wird auf die geschlechterneutrale Differenzierung, z.B. Benutzer/Benutzerin, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

Gewünschter Aufnahmetermin in unserem Haus: _____

Persönliche Angaben des Patienten:

Name: _____ geb. am: _____

Adresse: _____ Telefon-Nr.: _____

Adresse: _____

Pflegegrad vorhanden: ja ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ nein ☐

Erfolgter Antrag auf Ein-/Höherstufung in einen Pflegegrad: ja ☐ nein ☐

Behandlungsrelevante Diagnosen:

Zielstellung für den Aufenthalt in unserem Haus:

Stationäre Aufenthalte des letzten Jahres:

(Zeitraum sowie Hauptdiagnose)

Bitte Verlegungsbrief, alle notwendigen Vorbefunde und die letzten Röntgenaufnahmen mitschicken!

Belastung bei Frakturen:

ja ☐ nein ☐

Teilbelastung: _____ kg

Vollbelastung voraussichtlich ab: _____

Komplikationen:

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?

Wundheilungsstörung ☐

Demenz ☐

Sonstige: _____

Isolierung:

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?

MRSA ☐

ESBL ☐

Chlostridioides difficile ☐

Sonstige: _____

Schluckstörung:

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, in welcher Form?: _____

PEG ☐

Nasensonde ☐

Bewusstsein:

wach ☐ Somnolenz ☐ Koma ☐ Stupor ☐

Datum

Unterschrift / Stempel Arzt

Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) gemessen im Barthel Index

		Pkt	Aufn.	1.Wo	2.Wo	3.Wo	4.Wo	5.Wo	6.Wo	Entl
Essen	komplett selbstständig / selbstständige PEG-Versorgung	10								
	Hilfe z.B. bei mundgerechter Vorbereitung	5								
	Abhängigkeit bei d. Nahrungsaufnahme	0								
Bett/Stuhl Transfer	Komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-) Stuhl u. zurück	15								
	Aufsicht o. geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10								
	erhebliche Hilfe	5								
	Bettlägerigkeit	0								
Waschen	komplett selbstständig inkl. Rasieren u. Frisieren	5								
	Hilfestellung, Anleitung, Übernahme erforderlich	0								
Toilette	unabhängig bei Nutzung von Toilette/ Toilettenstuhl inkl. Spülung u. Reinigung	10								
	Hilfe o. Aufsicht bei Toiletten-/ Toilettenstuhlbenutzung, Spülung u. Reinigung	5								
	Nutzt weder Toilette o. Toilettenstuhl	0								
Baden / Duschen	komplett selbstständig	5								
	Hilfestellung, Anleitung, Übernahme erforderlich	0								
Bewegung / Aufstehen & Gehen	kommt selbstständig vom Sitz in den Stand, geht mind. 50m ohne Gehwagen (ggf. mit Gehstützen)	15								
	Ohne Aufsicht o. personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen u. mind. 50m mit Hilfsmittel gehen	10								
	Mit Laienhilfe o. Hilfsmittel vom Sitzen in den Stand kommen u. Strecken im Wohnbereich bewältigen o. komplett selbstständiger Umgang mit Rollstuhl	5								
	komplett abhängig	0								
Treppen- steigen	unabhängig (auch mit Gehhilfe)	10								
	Aufsicht o. Hilfe erforderlich	5								
	nicht möglich	0								
An- & Auskleiden	unabhängig, inkl. benötigte Hilfsmittel u. Schuhe	10								
	hilfsbedürftig, teilweise selbstständig	5								
	komplett hilfsbedürftig	0								
Stuhlkontrolle	kontinent	10								
	teilweise inkontinent (z.B. nachts) AP-Versorg.	5								
	inkontinent	0								
Urinkontrolle	kontinent	10								
	teilweise inkontinent (z.B. nachts) DK-Versorg.	5								
	inkontinent	0								
Punktzahl (von mgl. 100)										

Unterschrift / Handzeichen