

Verlegende Klinik bzw. Praxis

 Name Klinik _____
 Straße _____
 PLZ, Ort _____
 Telefon _____
 Aufnahme erwünscht am _____

Patientendaten

 Name, Vorname _____
 Anschrift _____
 Geb.-Datum _____
 Gewicht _____
 Krankenkasse _____

 Patienten-
 Etikett

Hauptdiagnose: _____

Behandlungsziel

-
- Mobilisation
-
-
- Vermeidung einer Heimunterbringung
-
-
- Vermeidung/Milderung von Pflegebedürftigkeit

Nebendiagnose: _____

Pflegegrad: Nein Ja, welcher? 1 2 3 4 5 beantragt am: _____

Betreuung: Nein Ja, wer? _____

Angehörige:r/Ansprechpartner:in: _____

Nachname, Vorname

Anschrift

Tel.:

Bisherige häusliche Versorgung: Selbstständig Heim Ambulante Dienste Betreutes Wohnen Familienangehörige

Hilfsmittel: Gehstützen Rollator Gehgestell Rollstuhl Prothese

Kognitiver/emotionaler Status: orientiert teilorientiert desorientiert motiviert kooperativ

Volle Belastung möglich: ja nein Teilbelastung: _____

Dekubitus/Wunden: ja nein

Sonstige Erkrankungen: **MRSA:** **VRE:** **3MRGN:** **4MRGN:** **Covid-19:** **Sonstiges:** _____

Harnblasenkatheter: ja nein suprapubisch transurethral

Stoma/Sonden: ja nein **Bemerkung:** _____

Barthel-Index:	Pkt.		Punktzahl
1. Essen	10	unabhängig, benutzt Geschirr, inkl. Schneiden der Nahrung	
	5	etwas Hilfe notwendig, z.B. Zerkleinern der Nahrung	
	0	erfüllt die genannten Bedingungen nicht, vollständig auf Hilfe angewiesen	
2. Transfer (z.B. Rollstuhl, Bett)	15	unabhängig und sicher in allen Phasen, inkl. Sich-Aufsetzen am Bettrand	
	10	minimale Hilfe oder Anleitung bei einem oder mehreren Teilen der Aktivität	
	5	kommt ohne Hilfe in sitzende Position, Transfer mit viel Hilfe	
	0	bettlägrig, erfüllt die genannten Bedingungen nicht	
3. Waschen	5	wäscht ohne Hilfe Hände/Gesicht, rasiert und kämmt sich, führt Zahnpflege selbstständig durch	
	0	braucht Hilfe, erfüllt die genannten Bedingungen nicht	
4. Toilettengang	10	unabhängig bei Benutzung der Toilette (inkl. Aus- und Ankleiden, Benutzung des WC-Papiers)	
	5	braucht Hilfe um Gleichgewicht zu halten, Hilfe bei Kleidung oder Reinigung	
	0	kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl	
5. Baden und Duschen	5	badet oder duscht ohne Hilfe	
	0	badet oder duscht mit Hilfe	
6. Bewegung	15	unabhängiges Gehen, auch mit Gehhilfe (mindestens 45 – 50 m)	
	10	mindestens 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung	
	5	mit Rollstuhl, unabhängig mindestens 50 m	
	0	kann sich nicht fortbewegen	
7. Treppen steigen	10	unabhängig (auf- und abwärts), auch mit Gehhilfen	
	5	braucht Hilfe oder Aufsicht	
	0	kann nicht Treppensteigen	
8. An-/Auskleiden	10	unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	
	5	braucht Hilfe, leistet die Hälfte der Aktivität selbst in angemessener Zeit	
	0	vollständig auf Hilfe angewiesen	
9. Stuhlkontrolle	10	kontinent	
	5	gelegentliche Inkontinenz (max. 1x wöchentlich), Hilfe beim Abführen	
	0	inkontinent	
10. Urinkontrolle	10	kontinent, kann Katheter selbst versorgen	
	5	gelegentlich inkontinent (max. 1x täglich), Hilfe beim Katheter	
	0	inkontinent	
Summe:			