ASKLEPIOS	Patienten-Anmeldeformular Geriatrie	Ansprechpartner: Hameister, Karl	
Geltungsbereich: Geriatrie	Formular	24750	16-GERI

Patientenaufkleber Name: Vorname: Geb.Datum: Wohnort: Verischerung:	Telefon 040 / 1818 86 -2360 Telefax 040 / 1818 76 -2360 Terminierungen unter o.g. Rufnummer
☐ Aufnahme stationär ☐ Aufnahme Tagesklinik	Kontaktaufnahme (Tel., Adresse) Patient: häusliche Kontaktperson: ambulante Pflege:

Diagnosen	ICD10		
1. _____	_____ Durchfall/Erbrechen	☐ ja	☐ nein
2. _____	_____ Norovirus	☐ ja	☐ nein
3. _____	_____ Tracheostoma	☐ ja	☐ nein
4. _____	_____ Anus praeter	☐ ja	☐ nein
5. _____	_____ MRSA / ESBL	☐ ja	☐ nein
	PEG	☐ ja	☐ nein

Therapieziel zum gegenwärtigen Zeitpunkt

☐ Transfererleichterung

☐ Wiederherstellung der Selbständigkeit und Selbsthilfefähigkeit, durch therapeutisch aktivierende Pflege.

Behandlungsschwerpunkte

☐ Physiotherapeutisch
☐ Neuropsychologisch
☐ Neglect ☐ Psyche ☐ Demenz
☐ Logopädisch
☐ Sprach/Sprechstörungen ☐ Schluckstörungen
☐ Ergotherapeutisch
☐ Versorgung (Angehörigenschulung)
☐ Förderung der Rekonvaleszenz
☐ Rückkehr nach Hause
☐ Pflegeerleichterung

Frühestmöglicher Verlegungszeitpunkt		Absender (Tel., Stempel)
☐ Rücksprache erwünscht Tel. Nr.: ☐ Bitte neue Formulare zusenden Fax. Nr.:	Wahlärztliche Leistungen ☐ 1 Bett- Zimmer ☐ 2 Bett – Zimmer ☐	..... Unterschrift anmeldender Arzt Tel. Nr. für Rückfragen

Barthel Index Name: Datum:

ESSEN	
- komplett selbständig oder selbstständige PEG-Beschickung/ -Versorgung	☐ 10
- Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei MS-/ PEG-Beschickung/ -Versorgung	☐ 5
- kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung	☐ 0
AUFSETZEN & UMSETZEN	
- komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück	☐ 15
- Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	☐ 10
- erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	☐ 5
- wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	☐ 0
SICH WASCHEN	
- vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	☐ 5
- erfüllt „5“ nicht	☐ 0
TOILETTENBENUTZUNG	
- vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung/ Reinigung	☐ 10
- vor Ort Hilfe und Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung/ Reinigung erforderlich	☐ 5
- benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	☐ 0
BADEN/ DUSCHEN	
- selbständiges Baden/ Duschen inkl.: Ein-/ Ausstieg; sich reinigen und abtrocknen	☐ 5
- erfüllt „5“ nicht	☐ 0
AUFSTEHEN & GEHEN	
- ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcke/Gehstützen) gehen	☐ 15
- ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m mit Hilfe eines Gehwagens gehen	☐ 10
- mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen, alternativ: im Wohnbereich komplett selbstständig mit Rollstuhl	☐ 5
- erfüllt „5“ nicht	☐ 0
TREPPENSTEIGEN	
- ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen	☐ 10
- mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter	☐ 5
- erfüllt „5“ nicht	☐ 0
AN-/ AUSKLEIDEN	
- Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. Hilfsmittel wie ATS, Prothesen) an und aus	☐ 10
- Kleidet meistens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	☐ 5
- erfüllt „5“ nicht	☐ 0
STUHLKONTROLLE	
- ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	☐ 10
- ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/ Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/ AP-Versorgung	☐ 5
- ist durchschnittliche mehr als 1x/ Woche stuhlinkontinent	☐ 0
HARNKONTROLLE	
- ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz/ versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	☐ 10
- kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	☐ 5
- ist durchschnittliche mehr als 1x/ Tag harninkontinent	☐ 0