



Anschrift unserer Klinik:  
Klinikum Schwalmstadt

**Gewünschte Geriatrie:** \_\_\_\_\_

**Aufnahme erwünscht am:** \_\_\_\_\_

**Wahlleistungen:**

- 1-Bett-Zimmer  
 2-Bett-Zimmer  
 Chefarztbehandlung

**Geriatrischer Reha in den letzten 6 Monaten:**

- ja, Zeitraum: \_\_\_\_\_  nein

**Behandlungsziel:**

- Mobilisation  Teilbelastung \_\_\_\_kg  
 Vermeidung einer Heimunterbringung  
 Vermeidung/Milderung von Pflegebedürftigkeit

**Patientendaten:**

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

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

**Dialyse:**  ja  nein

**Körpergewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Pflegegrad:**

- Nein  Ja, welcher?  1  2  3  4  5  beantragt am: \_\_\_\_\_

**Betreuung/Vorsorgevollmacht:**

- Nein  Ja, wer? \_\_\_\_\_

**Angehörige/Bezugspersonen:** \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Bisherige häusliche Versorgung:**

- selbstständig  amb. Dienste  Familienangehörige  Heim  Betreutes Wohnen

**Hilfsmittel:**

- Gehstützen  Rollator  Gehgestell  Rollstuhl  Prothese

**kognitiver/emotionaler Status:**

- orientiert  teilorientiert  desorientiert  motiviert  kooperativ

**Dekubitus/Wunden:**

- Nein  Ja \_\_\_\_\_

**MRSA:**

- pos.  neg

**3 MRGN:**

- pos.  neg.

**4 MRGN:**

- pos.  neg.


**Pseudomonas:**

- pos.  neg.

**Harnblasenkatheter:**

- Nein  Ja:  suprapubisch  transurethral

**Stoma/Sonden:** \_\_\_\_\_

 <b>ASKLEPIOS</b>	<b>Anmeldung Geriatrie - extern</b>	Ansprechpartner: Sozialdienst	
Geltungsbereich: Asklepios Klinik Schwalmstadt	<b>Formular</b>	698074	Sozialdienst

Pat.-Name: \_\_\_\_\_ Barthel-Index: \_\_\_\_\_

	Pkt.		Punktzahl
<b>1. Essen</b>	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	
<b>2. Transfer</b> (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	
<b>3. Waschen</b>	5	wäscht ohne Hilfe Hände und Gesicht, rasiert und kämmt sich, führt Zahnpflege selbstständig durch, legt Make-Up auf	
	0	braucht Hilfe, erfüllt die genannten Bedingungen nicht	
<b>4. Toilettengang</b>	10	unabhängig bei Benutzung der Toilette, inkl. Aus- und Ankleiden, Benutzung des Toilettenpapiers, darf Haltegriffe etc. benutzen	
	5	braucht Hilfe um Gleichgewicht zu halten, Hilfe bei Kleidung oder Reinigung	
	0	kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl	
<b>5. Baden,</b>	5	badet oder duscht ohne Hilfe	
	0	badet oder duscht mit Hilfe	
<b>6. Bewegung</b>	15	unabhängiges Gehen, auch mit Gehhilfe (mind. 45–50 m)	
	10	mindestens 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung	
	5	mit Rollstuhl, unabhängig mindestens 50 m	
	0	kann sich nicht fortbewegen	
<b>7. Treppensteigen</b>	10	unabhängig (auf- und abwärts), auch mit Gehhilfen	
	5	braucht Hilfe oder Aufsicht	
	0	kann nicht Treppensteigen	
<b>8. An-/Auskleiden</b>	10	unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	
	5	braucht Hilfe, leistet die Hälfte der Aktivität selbst in angemessener Zeit	
	0	vollständig auf Hilfe angewiesen	
<b>9. Stuhlkontrolle</b>	10	kontinent	
	5	gelegentliche Inkontinenz (max. 1x wöchentlich), Hilfe beim Abführen	
	0	inkontinent	
<b>10. Urinkontrolle</b>	10	kontinent, kann Katheter selbst versorgen	
	5	gelegentlich inkontinent (max. 1x täglich), Hilfe beim Katheter	
	0	inkontinent	
<b>Summe:</b>			

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Gesundheits- & Krankenpfleger\*in oder Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_