

Anmeldebogen sächsischer Akutgeriatrien

Anmeldung zur stationären geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung

Ansprechpartner:

Telefonnummer:

E-Mail:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Krankenkasse:

Vorsorgevollmacht: ja / nein

Patientenverfügung: ja / nein

Ehegattennotvertretung: ja / nein

gesetzlicher Betreuer*in: ja / nein

Kontaktdateu Angehörige/Betreuer*in:

Name, Vorname:

Telefon:

Hauptdiagnose/akutstationärer Behandlungsbedarf:

Behandlungsziel:

Multimorbidität/Vorerkrankungen:

Verlegungszeitpunkt:

Patient ist über reguläre 14-tägige Verweildauer zur Komplexbehandlung aufgeklärt:

ja / nein

Frei von ansteckenden Erkrankungen: ja / nein, welche:

Geriatrische Reha beantragt: nein / ja, wo:

Pflegegrad: ja, welcher: / nein / beantragt

Bisherige Wohnform:

Häuslichkeit / Betreutes Wohnen / Pflegeheim

Pflegedienst (mit Name): nein / ja, wie oft:

Mobilität:

selbständig mobil / mit Hilfsmittel (welche):

Mobil mit Unterstützung in der Hilfsmittelnutzung

Bettkante

Therapiestuhl

Bettruhe

Bei Frakturen:

Vollbelastung / Teilbelastung mit kg für Wochen / keine Belastung

Wunden/Dekubitus: nein / ja, Lokalisation/Wundversorgung

Sauerstoffpflicht: nein / ja, (l/min)

Ernährungszustand:

Beaufsichtigungspflichtige Dysphagie

Kachexie

Engmaschige Logopädiebetreuung

Gewicht >120kg:

Ernährungssonde:

Kognition:

Delir: nein / ja Demenz: nein / ja:

Hinlauff Tendenz

Eigen-u/o Fremdgefährdung

verbale Äußerungen

Einzelzimmerbedarf: nein / ja

Besondere Medikamente: nein / ja, welche:

Sonstiges:

Barthel-Index

Essen

Unfähig, allein zu essen	0
Braucht etwas Hilfe, z.B. beim Fleisch schneiden oder Butter auftragen	5
Selbständig, benötigt keine Hilfe	10

Baden

Abhängig von fremder Hilfe	0
Selbständig, benötigt keine Hilfe	5

Körperpflege (Rasieren, Kämmen, Zähneputzen)

Abhängig von fremder Hilfe	0
Selbständig, benötigt keine Hilfe	5

An- und Auskleiden (einschließlich Schuhe binden, Knöpfe schließen)

Unfähig, sich allein an- und auszuziehen	0
Braucht etwas Hilfe, kann aber ca. 50% allein durchführen	5
Selbständig, benötigt keine Hilfe	10

Stuhlkontrolle

Inkontinent	0
Gelegentlich inkontinent (max. 1x pro Woche)	5
Ständig kontinent	10

Urinkontrolle

Inkontinent	0
Gelegentlich inkontinent (max. 1x pro Tag)	5
Ständig kontinent	10

Toilettenbenutzung

Abhängig von fremder Hilfe	0
Benötigt Hilfe wg. fehlenden Gleichgewichts oder beim Ausziehen	5
Selbständig, benötigt keine Hilfe	10

Bett- bzw. Stuhltransfer

Abhängig von fremder Hilfe, fehlende Sitzbalance	0
Erhebliche physische Hilfe beim Transfer erforderlich, Sitzen selbständig	5
Geringe physische bzw. verbale Hilfe oder Beaufsichtigung erforderlich	10
Selbständig, benötigt keine Hilfe	15

Mobilität

Immobil bzw. Strecke < 50 m	0
Unabhängig mit Rollstuhl, incl. Ecken, Strecke > 50 m	5
Unterstütztes Gehen möglich, Strecke > 50 m	10
Selbständiges Gehen möglich (Hilfsmittel erlaubt), Strecke > 50 m	15

Treppensteigen

Unfähig, allein Treppen zu steigen	0
Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5
Selbstständiges Treppensteigen möglich	10

SUMME: