

	Asklepios Schwalm-Eder-Kliniken		
	QM - System - Nr. 1.5.2-00875	Titel Anmeldeformular Geriatrie (extern)	
	KTQ-Referenz-Nr.: 1.5.2	Version: 01	gültig ab: 17.09.2020

Anschrift Ihrer Klinik bzw. Praxis:	Unsere Klinik: Asklepios Klinikum Melsungen Geriatrie Kasseler Str. 80 34212 Melsungen
Telefonnummer:	Tel.: (0 56 61) 777-155 Fax.: (0 56 61) 777-385

Gewünschte Geriatrie: _____

Aufnahme erwünscht am: _____

Wahlleistungen:

- 1-Bett-Zimmer
 2-Bett-Zimmer
 chefärztliche Behandlung

Behandlungsziel:

- Mobilisation
 Vermeidung einer Heimunterbringung
 Vermeidung / Milderung von Pflegebedürftigkeit

Name:
Vorname:
Anschrift:

Geb.Datum:

Krankenkasse:

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

Pflegegrad:

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

Betreuung:

- Nein Ja, wer? _____

Angehörige / Bezugspersonen: _____ Tel.: _____

Bisherige häusliche Versorgung:

- selbstständig ambulante Dienste Familienangehörige
 Heim Betreutes Wohnen

Hilfsmittel:

- Gehstützen Rollator Gehgestell Rollstuhl Prothese

kognitiver / emotionaler Status:

- orientiert teilorientiert desorientiert motiviert kooperativ

Volle Belastung möglich: ja nein Teilbelastung: _____

Dekubitus / Wunden:

- Nein Ja

Gewicht: _____ kg

MRSA: **VRE:** **3MRGN:** **4MRGN:** **Sonstiges:** _____

- pos. neg. nicht untersucht

Harnblasenkatheter:

- Nein Ja suprapubisch transurethral

Stoma / Sonden: _____

Pat.-Name: _____

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 und Gesicht, rasiert und kämmt sich, führt Zahnpflege selbstständig durch, legt Make-Up auf	
	0	braucht Hilfe, erfüllt die genannten Bedingungen nicht	
4. Toilettengang	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	
5. Baden, 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. Treppensteigen	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:			

Datum _____

Unterschrift Gesundheits- & KrankenpflegerIn oder Ärztin / Arzt _____