

 ASKLEPIOS Gesund werden. Gesund leben.	Anmeldeformular Geriatrie intern & extern	Ansprechpartner: Dr. Zemke		
Geltungsbereich: Asklepios Schwalm-Eder Kliniken	Formular		188040	Geriatrie

Anschrift Ihrer Klinik bzw. Praxis:

Gewünschte Geriatrie:

Schwalmstadt: Fax: 06691/799-301, -401

Melsungen: Fax: 05661/777-385

Sonstige: _____

Aufnahme erwünscht am: _____

Patientendaten:

Wahlleistungen:

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

Behandlungsziel:

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

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

Pflegegrad:

Nein Ja, welcher? I II III IV V beantragt am: _____

Betreuung/Vorsorgevollmacht:

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
------------	----------------	---------------	-----------	------------

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: _____

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- & Krankenpfleger*in oder Ärztin/Arzt _____