

Anmeldung für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Bitte faxen an: 02151-334-551210

<p><u>Patientenetikett</u> oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Name ➤ Geburtsdatum ➤ Adresse ➤ Aufnahmezeitpunkt 	<p style="text-align: center;"><u>Absender- Stempel/ Telefonnummer:</u></p>
--	---

Privat: 2-Bett-Zimmer: 1-Bett-Zimmer:

<u>Behandlungsbegründende Hauptdiagnosen:</u>		
<u>Weitere relevante Diagnosen:</u>		
1.	4.	7.
2.	5.	8.
3.	6.	9.

<u>Geriatrische Multimorbidität</u> (zutreffendes bitte ankreuzen)		
<input type="checkbox"/> Frailty/ Gebrechlichkeit	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Chro. Schmerzen
<input type="checkbox"/> Kognitive Defizite	<input type="checkbox"/> Mangel-/ Fehlernährung	<input type="checkbox"/> Multimedikation
<input type="checkbox"/> Depression/- Angststörung	<input type="checkbox"/> Dekubitus-/ Wunden	<input type="checkbox"/> Rez. Einweisung
<input type="checkbox"/> Starke Seh-/ Hörbehinderung	<input type="checkbox"/> Stürze/ Schwindel/ Gangstörung	

<input type="checkbox"/> Orientierungsstörungen	<input type="checkbox"/> Weglauftendenzen
<input type="checkbox"/> Kooperationsfähig	<input type="checkbox"/> Aggressivität

Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Reha-Klinik, weil:

<input type="checkbox"/> Kreislaufinstabilität	<input type="checkbox"/> Komplikationen (z.B. Delir, Wunden)	<input type="checkbox"/> herabgesetzte Belastbarkeit
<input type="checkbox"/> Akutmedizinische Behandlung der Begleiterkrankung		<input type="checkbox"/> Sonstiges:

Barthel-Index:	<i>Bitte Anlage 2 mit faxen</i>		OP-Datum:.....
Belastbarkeit nach OP: <input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> teils	<input type="checkbox"/> kg:	<input type="checkbox"/> keine
Mobilität: <input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> gehen mit Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> Rollstuhl aktiv	<input type="checkbox"/> passiv
			<input type="checkbox"/> übungstabil
			<input type="checkbox"/> bettlägrig

Weitere Informationen:

Pflegegrad:	nein	ja	1	2	3	4	5
Patient wohnt:	<input type="checkbox"/> eigene Wohnung		<input type="checkbox"/> Altenheim/ Pflegebereich		<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen		
Betreuung-/ Bevollmächtigte:	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja		Angehörige/ Kontakt:		
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja			

Erregernachweis: <input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 3-4 MRGN	<input type="checkbox"/> Clostridien	<input type="checkbox"/> Noro	<input type="checkbox"/> Covid-19
Covid-Impfung: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Die letzte Impfung war:		

<u>Katheter/ Sonden:</u>						
<input type="checkbox"/> DK	<input type="checkbox"/> Drainagen	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Stomata	<input type="checkbox"/> O2-Versorgung	<input type="checkbox"/> Dialyse
<input type="checkbox"/> Sonstiges:						

Anmeldung für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Anlage

Selbsthilfetätigkeit (Barthel- Index):

Patientenetikett

Tätigkeit	Punkte
Essen	
Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	10
Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden	5
Total hilfebedürftig	0
Baden	
Badet ohne Hilfe	5
Badet mit Hilfe	0
Persönliche Pflege	
Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne	5
Braucht Hilfe	0
Ankleiden	
Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10
Hilfsbedürftig- kleidet sich mindestens zur Hälfte an	5
Total hilfebedürftig	0
Toilettengang	
Unabhängig bei Benutzung der Toilette oder Bettschüssel	10
Braucht Hilfe, z.B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabung, Papier	5
Kann nicht auf die Toilette	0
Urinkontrolle	
Kontinent- oder bedient Windeln, Vorlagen, Katheter ohne Hilfe	10
Teilweise inkontinent-braucht Hilfe beim Katheter	5
Inkontinent	0
Stuhlkontrolle	
Kontinent	10
Kontinent mit Hilfe-oder gelegentlich inkontinent	5
Dauernd inkontinent	0
Bett-Stuhl-Transfer	
Unabhängig, inkl. Rollstuhlarretierung und Fußstützen oder Vollmobil	15
Minimale Assistenz oder Supervision notwendig	10
Kann aufsitzen, braucht Hilfe für den Transfer	5
Kann sich nicht selbst aufsetzen	0
Bewegung	
Unabhängig, mindestens 50m, ggf. mit Gehstützen	15
Geht >50m mit geringer Hilfe	10
Geht <50m mit geringer Hilfe; fährt allein Rollstuhl >50m	5
Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder <50m fortbewegen	0
Treppensteigen	
Unabhängig, ggf. mit Gehhilfe	10
Braucht Hilfe oder Supervision	5
Kann nicht Treppensteigen	0

Gesamtsumme: _____

Datum, Unterschrift Mitarbeiter