

# Anmeldeformular bitte fügen Sie noch den vorläufigen Entlassbrief und einen aktuellen MRSA Befund bei!!!



Kontaktdaten:

Alexianer Krefeld GmbH, Dießemer Bruch 81, 47805 Krefeld, Tel. 02151/334 -1211, Fax 02151/334- 551210

<b>Einweisende/s Praxis/KH</b>	<input type="checkbox"/> Kassenpatient <input type="checkbox"/> Privatpatient	KK/KV:
<b>Bitte Patientenadrema aufkleben!</b>  Mindest-Informationen: 1. Patientenvor- und Zuname, Geb.-Datum 2. Anschrift des Patienten 3. Einweisende/s Krankenhaus oder Arztpraxis 4. Telefonnummer der Station oder Praxis	Privat 1-Bett Privat 2-Bett	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Chefarztbehandlung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Telefon-Nr. für Rückfragen	
	gewünschter Verlegungstermin	

**Status vor Erkrankung:**  Selbständig/Wohnung  24-Stundenbetreuung  Altenheim/Wohnbetreuung  Altenheim/Pflegebereich

**Akutmedizinischer Behandlungsbedarf:** \_\_\_\_\_

**Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:** \_\_\_\_\_

**Weitere relevante/n Diagnose/n:** \_\_\_\_\_

Barthel-Index: \_\_\_\_\_ Punkte (Bitte als Anlage beifügen)

OP-Datum: \_\_\_\_\_  Bei Fraktur  voll belastbar  Teilbelastbar ab \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ kg  
 Übungsstabil  keine Belastung bis \_\_\_\_\_

Erbrechen  Ja  Nein  
 Durchfall  Ja  Nein  
 Infektionen (Noro/MRSA/Clost./ESBL/VRE)  Ja  Nein  
 Hinlauftendenz  Ja  Nein  
 Aggressivität  Ja  Nein  
 Bei Ja: Welche? \_\_\_\_\_

**Geriatrische Multimorbidität** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Immobilität                     | <input type="checkbox"/> Starke Seh-/Hörbehinderung            | <input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung                    |
| <input type="checkbox"/> Kognitive Defizite/Delir/Demenz | <input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung       | <input type="checkbox"/> Schmerz                                  |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden                | <input type="checkbox"/> Rezidiv. Stürze/Schwindel/Gangstörung | <input type="checkbox"/> Multimedikation (>5)/Medikationsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung         | <input type="checkbox"/> Inkontinenz                           | <input type="checkbox"/> Verzögerte Rekonvaleszenz                |
| <input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörung            | <input type="checkbox"/> Hohes Komplikationsrisiko             |   |

**Sonstiges:**    Nasogastr./Sonde                       PEG                       DK                       Cystofix                       Tracheostoma

**Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in der Rehaklinik, weil ...**

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern.
- Komplikationen bestehen: (z.B. Desorientiertheit/Demenz/Depression/wahnhaftige Symptomatik/Hinlauftendenz/Wundkomplikationen/ Sehverlust/Hörverlust
- bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen.

**Pflegestufe:**                       Nein     1     2     3     4     5     eingeleitet

**Betreuung:**                       Nein     Ja, wer? \_\_\_\_\_

**Heimannmeldung:**             Nein     läuft, ab \_\_\_\_\_                       geplant, ab \_\_\_\_\_

**Anmeldung Kurzzeltpflege:**  Nein     läuft, ab \_\_\_\_\_                       geplant, ab \_\_\_\_\_

**AHB:**                                 Nein     angemeldet                                       geplant, ab \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung:**         Nein     Ja                                      **Versorgungsvollmacht:**                       Nein                       Ja

**Anmeldung für Datum:**        \_\_\_\_\_                       Station                       Demenzstation                       Tagesklinik

**Unterschrift des zuweisenden Arztes:** \_\_\_\_\_                      **Telefon-Nr. für Rückfragen:** \_\_\_\_\_

Interne Bearbeitungsvermerke (bitte nicht ausfüllen)

Patient wird aufgenommen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Station:	Uhrzeit
Datum	KürzelICA/OÄ		

# Anlage 1

## ISAR\* Geriatrisches Screening

Dieser Fragebogen sollte durch das Personal gemeinsam mit dem Patienten (Alter  $\geq 75$  Jahre) oder seiner Bezugsperson ausgefüllt werden. Das Screening gilt als positiv, wenn drei oder mehr Punkte erreicht werden.

Patientenetikett

Bitte jede Frage mit Ja oder Nein beantworten!

<b>Hilfebedarf</b> 1. Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
<b>Akute Veränderung des Hilfebedarfs</b> 2. Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
<b>Hospitalisation</b> 3. Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
<b>Sensorische Einschränkung</b> 4. Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
<b>Kognitive Einschränkung</b> 5. Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
<b>Multimorbidität</b> 6. Nehmen Sie pro Tag 6 oder mehr verschiedene Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0

SUMME: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Mitarbeiter

\* modifiziert nach: Warburton RN et al., Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged  $\geq 75$  in a community hospital emergency department, Int J Health Care Qual Assur 2004, 17: 339-348

## Anlage 2



### Selbsthilfetätigkeit (Barthel-Index):

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 aber Hilfe für Transfer	5
	kann sich nicht selbst aufsetzen	0
Bewegung	Unabhängig, mindestens 50 m, ggf. mit Gehstützen	15
	Geht > 50 m mit geringer Hilfe	10
	Geht < 50 m mit geringer Hilfe; fährt allein Rollstuhl > 50 m	5
	Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder < 50 m fortbewegen	0
Treppensteigen	Unabhängig, ggf. mit Gehhilfe	10
	Braucht Hilfe oder Supervision	5
	Kann nicht Treppensteigen	0
Summe		