

**Anmeldung für die
geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung**

Patientenetikett
Oder Name, Geb. Dat. Adresse
Aufnahmetag!!!!

Bitte Faxen an: (02151) 334-551210

Diagnosen/Nebendiagnosen:

Bisheriger Krankheitsverlauf:(Nur Wichtiges!)

Grund der weiteren Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit: CAVE!

Frührehabilitationsziel/Entlassziel:

Barthel-Index:

(bitte mit faxen)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Rückkehr in die eigene Wohnung/
Wohnen bei den Angehörigen |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Pflegewohnheim |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Sonstiges |

Sonstiges:

Weitere Informationen:

Pflegestufe:	nein	ja	1	2	3	4	5
Patient wohnt:	eigene Wohnung/ bei der Angehörigen						Heim
Infektion:	nein	ja (welche)	MRSA	MRGN	andere:		
Covid-Impfung:							
Katheter/Sonden Drainagen Wunden	nein	ja	(bitte treffendes unterstreichen und spezifizieren)				
Desorientiertheit/ Verwirrtheit	nein	ja	Kommentar:				
Ansprechpartner/	Name:	Station:	Tel:				
Angehörigenkontakt:	ja	nein	Kontaktdaten:				
<u>Barthel-Index-Anlage2:</u>							

Anlage

Selbsthilfetätigkeit (Barthel-Index):

Patientenetikett

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:		

Datum, Unterschrift Mitarbeiter