



Bitte faxen an: 02151-334-551210

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

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

Behandlungsbegründende Hauptdiagnosen:

Weitere relevante Diagnosen:

- | | | |
|----|----|----|
| 1. | 4. | 7. |
| 2. | 5. | 8. |
| 3. | 6. | 9. |

Geriatrische Multimorbidität (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	<input type="checkbox"/> übungstabil
Mobilität: <input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> gehen mit Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> Rollstuhl aktiv	<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:		

Katheter/ Sonden:						
<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:						

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