

Anmeldung zur Geriatrie in Frankenberg

Kreiskrankenhaus Frankenberg gGmbH ■ Postfach 12 80 ■ 35056 Frankenberg

Station 4 Geriatrie ■ Telefon 06451/ 55-321 **CA Dr. Schlee**

Zweigstelle des
Stadtkrankenhauses Korbach



Kreiskrankenhaus
Frankenberg

Klinik für Geriatrie

Datum:	Bitte Fax an 06451 / 55-520
(Patientenetikett) Name: Vorname: Geb.-Datum: Telefon Patient Wahlleistung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Absender: Ansprechpartner: Telefon Unterschrift: <u>Telefon der Station</u> <u>Gewünschter Verlegungstermin:</u>
Hauptdiagnose / Verlauf / OP:	Weitere Diagnosen:
Dialyse: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Geriatrische Vorbehandlung in den letzten 6 Monaten Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Besonderes / Rehaziell: <input type="checkbox"/> Mobilisation: <input type="checkbox"/> Gehfähigkeit mit / ohne Hilfsmittel, <input type="checkbox"/> Rollstuhlmobilität <input type="checkbox"/> Wiedererlangen der größtmöglichen ADL Selbstständigkeit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Bei Frakturen: <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung mit <input type="text"/> kg für <input type="text"/> Wochen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Entlastung bis Datum: <input type="text"/>	Multiresistente Erreger: Abstrichbefund bitte mitfaxen <input type="checkbox"/> positiv --> Spezies: <input type="checkbox"/> negativ
Kurze Patientenbeschreibung: Soziale Situation vor Erkrankungsbeginn: <input type="checkbox"/> wohnt allein Sozial <input type="checkbox"/> ausreichend versorgt <input type="checkbox"/> wohnt im Altenheim <input type="checkbox"/> unzureichend versorgt <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Größe: <input type="text"/> cm Gewicht: <input type="text"/> kg BMI: <input type="text"/>	
Orientierung des Patienten aktuell: voll orientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein partiell orientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein desorientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bekannte Demenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein motivierbar <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Aktivitäten des täglichen Lebens (BARTHEL-Index) siehe Blatt 2+3 Gesamtpunktzahl: <input type="text"/> /100	
Alltagsrelevante Fähigkeiten des Patienten vor stationärer Aufnahme: <input type="checkbox"/> Selbständig mobil <input type="checkbox"/> mit Hilfe mobil <input type="checkbox"/> alltagsselbständig <input type="checkbox"/>	
Wird von Geriatrie Frankenberg ausgefüllt:	
Geplante Aufnahme:	Geplante Verweildauer bis:
Info an Klinik / HA:	Assessment:
Kalender :	Zimmer:
Bettenplanung:	Handzeichen:



BARTHEL-INDEX		Pkt.	Punktzahl
1. Essen	Unabhängig, benutzt Geschirr, inkl. Schneiden der Nahrung	10	
	Etwas Hilfe notwendig, z.B. Zerkleinern der Nahrung	5	
	Erfüllt die genannten Bedingungen nicht, vollständig auf Hilfe / bzw. Übernahme angewiesen	0	
2. Transfer (z.B. Rollstuhl-Bett)	Unabhängig und sicher in allen Phasen, inkl. Sich-Aufsetzen am Bettrand	15	
	Minimale Hilfe oder Anleitung bei einem oder mehreren Teilen der Aktivität	10	
	Kommt ohne Hilfe in sitzende Position, Transfer mit viel Hilfe	5	
	bettlägrig, erfüllt die genannten Bedingungen nicht	0	
3. Waschen	Wäscht ohne Hilfe Hände und Gesicht, rasiert und kämmt sich, führt Zahnpflege selbstständig durch, legt Make-Up auf	5	
	Braucht Hilfe, erfüllt die genannten Bedingungen nicht	0	
4. Toilettengang	Unabhängig bei der Benutzung der Toilette, inkl. Aus- und Ankleiden oder Reinigung	10	
	Braucht Hilfe um Gleichgewicht zu halten, Hilfe bei Kleidung oder Reinigung	5	
	Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl	0	
5. Baden, Duschen	Badet oder duscht ohne Hilfe	5	
	Badet oder duscht mit Hilfe	0	
6. Bewegung	Unabhängiges Gehen, auch mit Gehhilfe (min. 45-50m)	15	
	Min. 50m Gehen, jedoch mit Unterstützung	10	
	Mit Rollstuhl, unabhängig min. 50m	5	
	Kann sich nicht fortbewegen	0	
7. Treppensteigen	Unabhängig (auf-und abwärts), auch mit Gehhilfen	10	
	Braucht Hilfe oder Aufsicht	5	
	Kann nicht Treppensteigen	0	
8. An-/Auskleiden	Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10	
	Braucht Hilfe, leistet die Hälfte der Aktivität selbst in angemessener Zeit	5	
	Vollständig auf Hilfe angewiesen	0	
9. Stuhlkontrolle	Kontinent	10	
	Gelegentliche Inkontinenz (max 1x wöchentlich), Hilfe beim Abführen	5	
	Inkontinent	0	
10. Urinkontrolle	Kontinent, kann Katheter selbst versorgen	10	
	Gelegentlich inkontinent (max 1x wöchentlich), Hilfe beim Katheter	5	
	Inkontinent	0	
Gesamtpunkte:			