

|                  |                                                                                                                                                                 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Patientenetikett | <b>Anmeldung der Patienten für die<br/>geriatrische frührehabilitative<br/>Komplexbehandlung</b><br><br>Sekretariat<br>Tel.: 03904 474 212 / Fax: 03904 474 261 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Pflegegrad:        |          | Patient versorgt durch:         |                      |  |              |
|--------------------|----------|---------------------------------|----------------------|--|--------------|
| Pflegegrad:        |          |                                 | Ehepartner/LG/Kinder |  | Alleinlebend |
| Aktueller Barthel: | 100 Pkt. | Tel.-Nr. Angehörige / Betreuer: |                      |  |              |
| ISAR:              | 6 Pkt.   | Pflegedienst (Name):            |                      |  |              |
| Kognitiver Status  |          | Pflegeheim/KZP(Name):           |                      |  |              |
|                    |          | Hilfsmittel:                    |                      |  |              |

|         |  |               |  |         |  |
|---------|--|---------------|--|---------|--|
| Klinik: |  | Station:      |  | Tel.:   |  |
| HA:     |  | Patient seit: |  | E-Mail: |  |

|                                                                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Hauptdiagnose:</b>                                                                                 |  |
| <b>Nebenerkrankungen (insb. Dialyse, Tumorerkrankung mit laufender Therapie, Sauerstofftherapie):</b> |  |
| <b>OP am:</b>                                                                                         |  |
| <b>Voll- / Teilbelastung(kg):</b>                                                                     |  |
| <b>Aktuelle Mobilität (Bettkante, Stand, Gang mit/ohne Hilfsmittel):</b>                              |  |
| <b>Delir / Erregungszustände (Antipsychotika/Fixierung):</b>                                          |  |
| <b>Keime/ Isolationsnotwendigkeit:</b>                                                                |  |
| <b>Wunden:</b>                                                                                        |  |

| Status des Patienten            |  |      |  |    |         |  |       |
|---------------------------------|--|------|--|----|---------|--|-------|
| <b>ZVK/Sonde</b>                |  | Nein |  | Ja |         |  |       |
| <b>Trachealkanüle</b>           |  | Nein |  | Ja | Größe   |  | Firma |
| <b>Besonderheiten (Dialyse)</b> |  | Nein |  | Ja | Welche? |  |       |

Der o.g. Patient ist nach Aufklärung mit der Verlegung in das Zentrum für Altersmedizin / AMEOS Klinikum Haldensleben einverstanden. Die Angehörigen wurden informiert. ☐ ja ☐ nein

**Wir bitten um Mitgabe aller Vorbefunde und Röntgenaufnahmen!**

|                         |  |                                 |  |
|-------------------------|--|---------------------------------|--|
| Übernahme erwünscht am: |  | Unterschrift<br>Ansprechpartner |  |
|-------------------------|--|---------------------------------|--|

Vielen Dank für Ihre Informationen. Wir bestätigen Ihnen die Übernahme des Patienten.

|     |  |                                         |  |
|-----|--|-----------------------------------------|--|
| am: |  | Unterschrift<br>Dr. med. Jolanthe Jesse |  |
|-----|--|-----------------------------------------|--|

| Patient                                                                          |                                                            | Datum |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------|--|--|--|--|
| <b>Essen</b>                                                                     |                                                            |       |  |  |  |  |
| 10                                                                               | unabhängig                                                 |       |  |  |  |  |
| 5                                                                                | braucht Hilfe                                              |       |  |  |  |  |
| 0                                                                                | muss gefüttert werden                                      |       |  |  |  |  |
| <b>Waschen</b>                                                                   |                                                            |       |  |  |  |  |
| 5                                                                                | ohne Hilfe                                                 |       |  |  |  |  |
| 0                                                                                | nur mit Hilfe                                              |       |  |  |  |  |
| <b>Körperpflege (Zähneputzen, Kämmen, Rasieren)</b>                              |                                                            |       |  |  |  |  |
| 5                                                                                | ohne Hilfe                                                 |       |  |  |  |  |
| 0                                                                                | nur mit Hilfe                                              |       |  |  |  |  |
| <b>Anziehen</b>                                                                  |                                                            |       |  |  |  |  |
| 10                                                                               | unabhängig                                                 |       |  |  |  |  |
| 5                                                                                | nur mit Hilfe                                              |       |  |  |  |  |
| 0                                                                                | voll abhängig                                              |       |  |  |  |  |
| <b>Mastdarmkontrolle</b>                                                         |                                                            |       |  |  |  |  |
| 10                                                                               | mit Hilfsmittel / unabhängig                               |       |  |  |  |  |
| 5                                                                                | gelegentlich unfreiwilliger Abgang, Hilfe nötig            |       |  |  |  |  |
| 0                                                                                | Inkontinenz                                                |       |  |  |  |  |
| <b>Blasenkontrolle</b>                                                           |                                                            |       |  |  |  |  |
| 10                                                                               | unabhängig                                                 |       |  |  |  |  |
| 5                                                                                | Gelegentlicher Urinabgang, Hilfe nötig                     |       |  |  |  |  |
| 0                                                                                | Inkontinenz, Dauerkatheter                                 |       |  |  |  |  |
| <b>Toilettenbenutzung</b>                                                        |                                                            |       |  |  |  |  |
| 10                                                                               | unabhängig                                                 |       |  |  |  |  |
| 5                                                                                | Mit Hilfe                                                  |       |  |  |  |  |
| 0                                                                                | Bettlägerig, völlig abhängig                               |       |  |  |  |  |
| <b>Rollstuhl-Bett-Transfer</b>                                                   |                                                            |       |  |  |  |  |
| 10                                                                               | unabhängig (ggf. Benutzung eines Rollstuhls)               |       |  |  |  |  |
| 5                                                                                | minimale Unterstützung erforderlich                        |       |  |  |  |  |
| 0                                                                                | kann sitzen, braucht aber massive Unterstützung            |       |  |  |  |  |
| <b>Bewegungsfähigkeit</b>                                                        |                                                            |       |  |  |  |  |
| 15                                                                               | kann 50 Schritte gehen (ggf. mit Gehhilfe, kein Gehwagen)  |       |  |  |  |  |
| 10                                                                               | kann mit Hilfe 50 Schritte gehen (Begleitperson, Gehwagen) |       |  |  |  |  |
| 5                                                                                | kann mit Rollstuhl 50 Schritte zurücklegen                 |       |  |  |  |  |
| 0                                                                                | kann Rollstuhl nicht selbst bewegen                        |       |  |  |  |  |
| <b>Treppensteigen</b>                                                            |                                                            |       |  |  |  |  |
| 10                                                                               | unabhängig (ggf. mit Hilfsmittel)                          |       |  |  |  |  |
| 5                                                                                | mit Hilfe möglich (Begleitperson)                          |       |  |  |  |  |
| 0                                                                                | unmöglich                                                  |       |  |  |  |  |
| <b>Bewegungsfähigkeit</b>                                                        |                                                            |       |  |  |  |  |
| Abzüglich Zusatzfaktoren (jeweils 50 Negativ Punkte)                             |                                                            |       |  |  |  |  |
| intensiv-medizinisch überwachungspflichtiger Zustand                             |                                                            |       |  |  |  |  |
| absaugpflichtiges Tracheostoma                                                   |                                                            |       |  |  |  |  |
| Intermittierende Beatmung                                                        |                                                            |       |  |  |  |  |
| Beaufsichtigungspflichtige Verwirrtheit                                          |                                                            |       |  |  |  |  |
| Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung |                                                            |       |  |  |  |  |
| Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung                                        |                                                            |       |  |  |  |  |
| Schwere Sprach- und Kommunikationsstörung (- 25 Punkte !)                        |                                                            |       |  |  |  |  |
|                                                                                  |                                                            |       |  |  |  |  |

## ISAR: „Identification of Seniors At Risk“

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