


| | | |
|---|------------------------------------|--|
|  | <h1>Anmeldeformular Geriatrie</h1> | Dokumentnummer: 2340 Kategorie: Dokumentenvorlage Geltungsbereich: Geriatrie |
|---|------------------------------------|--|

Bitte **vollständig und leserlich** per Fax: 02581 / 20 1489 oder E-Mail: geriatric@warendorf.ameos.de
 Bitte Röntgen-, CT-, MRT-Bilder an MVZ Prof. Uhlenbrock digital senden


| | |
|---|------------------------------------|
| Bedingungen sind alle erfüllt (Pflichtangaben): <input type="checkbox"/> Pat. mind. 65 Jahre alt + Komorbiditäten <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlungspflichtigkeit besteht <input type="checkbox"/> Frühreha-Fähigkeit gegeben (Compliance) <input type="checkbox"/> Es wurde kein Antrag auf Rehabilitation gestellt (n. § 40 SGB V) <input type="checkbox"/> Es wurde noch keine geriatrische Komplexbehandlung durchgeführt <input type="checkbox"/> Einverständnis zu 2-wöchiger Behandlung | Ihre Fachabteilung: |
| | Behandelnde/r Ärztin/Arzt: |
| | Telefonnummer <u>Ärztin/Arzt</u> : |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Patientenetikett | Hausarzt | | | | | |
| | Pflegegrad | | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden | | | |
| | <input type="checkbox"/> beantragt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Wohnsituation | | <input type="checkbox"/> Pflegeheim | | | |
| | <input type="checkbox"/> alleine | | <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen | | | |
| | Versicherung | | <input type="checkbox"/> Chefarzt | | | |
| <input type="checkbox"/> gesetzlich | | <input type="checkbox"/> 2-Bett | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------|--|--|---|---|--|
| Hauptdiagnose | | | | | |
| Relevante Nebendiagnosen | | | | | |
| Neurologischer Status | <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös | <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> teilorientiert <input type="checkbox"/> desorientiert | <input type="checkbox"/> Antrieb normal <input type="checkbox"/> Antriebsarmut <input type="checkbox"/> psychomotorische Unruhe <input type="checkbox"/> Fixierung | | |
| Stoffwechsel | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ ____ | | <input type="checkbox"/> Dysphagie / Kostform: | | |
| Infektionskrankheiten | Isolation/Barrierepflege: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> 3-MRGN <input type="checkbox"/> 4-MRGN | <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Sonstige: | |
| Antibiose | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Welche? Bis wann?): | | | | |
| Aktueller Barthel | Dekubitus <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Lokalisation: | | | | |
| Spezielle Therapie | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Drainage <input type="checkbox"/> Vakuumpumpe <input type="checkbox"/> Perfusor <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Dialyse: | | | | |
| Bei Operationen | <input type="checkbox"/> OP: | | <input type="checkbox"/> Wunde geschlossen | <input type="checkbox"/> Vollbelastung | |
| | <input type="checkbox"/> Datum: | | <input type="checkbox"/> Teilbelastung bis zum: | | |
| Spezielle Wundversorgung | | | | | |
| Sonstiges | | | | | |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Ziele der Frührehabilitation: | Gewünschter Aufnahmetagstermin: |
|--------------------------------------|--|

- weiter auf Blatt 2 -

| | | |
|---|------------------------------------|--|
|  | <h1>Anmeldeformular Geriatrie</h1> | <p>Dokumentnummer: 2340</p> <p>Kategorie: Dokumentenvorlage</p> <p>Geltungsbereich: Geriatrie</p> |
|---|------------------------------------|--|

Patientenname: _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Barthel-Index

Datum der Erhebung: _____

| | | |
|----------------------------|---|--|
| Essen | -komplett selbständig oder selbständige PEG-Versorgung -Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Versorgung -kein selbständiges Einnehmen und keine Magensonde-/PEG-Ernährung | 10 5 0 |
| Toilettenbenutzung | -vor Ort komplett selbständig inklusive Spülung/Reinigung -Hilfe oder Aufsicht bei Benutzung/Spülung/Reinigung -benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl | 10 5 0 |
| Stuhlkontinenz | -stuhlkontinent, selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen/AP-Versorgung -max. 1x/Woche inkontinent/Hilfe bei rekt. Abführmaßnahmen/AP-Vers. -mehr als 1x/Woche inkontinent | 10 5 0 |
| Harnkontinenz | -harnkontinent/kompensiert seine Inkontinenz oder versorgt DK selbständig -max. 1x/Tag inkontinent, Hilfe bei DK-Versorgung -mehr als 1x/Tag inkontinent | 10 5 0 |
| Waschen | -unabhängig (Waschen Gesicht/Hände, Rasieren, Kämmen, Zähneputzen -nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten | 5 0 |
| Baden | -Selbständig inklusive Ein-/Aussteigen, Abtrocknen, keine Aufsicht -nicht selbständig bei o.g. Tätigkeit | 5 0 |
| An- und Auskleiden | -in angemessener Zeit komplett selbständig (keine Hilfe bei ATS, Prothesen) -kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an/aus -erfüllt die unter „5“ genannten Voraussetzungen nicht | 10 5 0 |
| Auf- und Umsetzen | -komplett selbständig (Liegen, Bettkante, (Roll-)stuhl, hin und zurück) -Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) -erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) -wird nicht aus dem Bett transferiert | 15 10 5 0 |
| Aufstehen und Gehen | -ohne Aufsicht/Hilfe vom Sitz in den Stand und 50 m ohne Rollator gehen -ohne Aufsicht/Hilfe vom Sitz in den Stand und 50 m mit Rollator gehen -vom Sitz in den Stand mit Laienhilfe, kurze Strecken mit Laienhilfe <u>oder</u> Rollator, alternativ kurze Strecken im Wohnbereich im Rollstuhl -erfüllt die unter „5“ genannten Voraussetzungen nicht | 15 10 5 0 |
| Treppensteigen | -ohne Aufsicht oder personelle Hilfe ein Stockwerk hinauf und herunter -mit Aufsicht oder Laienhilfe ein Stockwerk hinauf und herunter -erfüllt die unter „5“ genannten Voraussetzungen nicht | 10 5 0 |
| Summe | | |

Bitte **vollständig und leserlich** per Fax an: 02581 / 20 1489 oder E-Mail:

geriatrie@warendorf.ameos.de

Bitte Röntgen-, CT-, MRT-Bilder an MVZ Prof. Uhlenbrock digital senden