

Anmeldung

vollstationäre geriatrische Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)

Vom Antragsteller bitte ausfüllen und faxen an

Fax: 03433 212602

Es erfolgt eine telefonische Bestätigung des Aufnahmedatums.

Antragsteller:

Anmelder:	Telefon:
Krankenhaus:	Station:

Patientendaten(ggf. Etikett):

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
Anschrift:		Telefon:
Angehörige:		Telefon:
Krankenkasse:	Hausarzt:	Vers.-Nr.:

Gewünschter Übernahmetermin:

Aktuelle medizinische Angaben:

Hauptdiagnose:	
Akutereignis:	
Klinisch relevante Nebendiagnosen:	

Bestätigung der Therapiefähigkeit – Zielsetzung der geriatrischen Behandlung:

Erläuterung (z.B.: Mobilisierung, Schmerztherapie, Demenzbehandlung, Logopädie, etc.)

--

Angaben zur Mobilität:

mobil mit Gehhilfe Rollstuhlfähig sitzstabil keine Mobilität

Belastung bei Frakturen:

vollbelastbar nur teilweise belastbar mit ___ kg bis zum _____ (Datum) nicht belastbar

Angaben zur Kognition/Psyche:

voll orientiert eingeschränkt desorientiert

ängstlich aggressiv antriebsarm depressiv unruhig

Störung bei Demenz/Delir:

leicht (vergesslich) mäßig (nicht alleinlassbar) schwer (erkennt Angehörige nicht)

Weglauftendenz Störung des Tag-/Nachtrhythmus Therapieverweigerung

Infektion/Keime:

MRSA MRSE ESBL VRE Clostridien

andere Keime _____

Isolierungspflicht keine Keimtestung

Soziale Situation vor Krankenhausaufnahme/Erkrankung:

Pflegegrad: **①** **②** **③** **④** **⑤** nicht bekannt beantragt

Wohnen: eigene Wohnung bei Angehörigen Heim

Versorgung: allein Partner Angehörige ambul. PD

Derzeit verwendete Hilfsmittel:

Rollator Rollstuhl Gehstütze Gehstock

Dauerkatheter Armprothese Beinprothese

sonstiges _____

Besonderheiten:

Dekubitus Immobilität Sturzgefährdung Schluckstörung Sprachstörung

hochgradige Stehstörung Schwerhörigkeit Trinkstörung Essstörung

Schwindel Prothesen Schmerztherapie Wundbehandlung Ulcus Cruris

PEG Anus praeter Tracheostoma VAC-Pumpe O2-Gabe

Dialyse sonstige _____

Besonderheiten/ wichtige Informationen:

Barthel-Index (Hamburger Manual)

Bitte zutreffende Punkte einkreisen		
Essen	komplett selbständig	10
	Hilfe beim Schneiden, selbständiges Einnehmen	5
	kein selbständiges Einnehmen	0
Aufsetzen & Umsetzen	komplett selbständig	15
	Aufsicht oder geringe Hilfe	10
	erhebliche Hilfe	5
	wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0
sich waschen	komplett selbständig (incl. Rasieren, Zähneputzen, Frisieren)	5
	nicht selbständig	0
Toilettenbenutzung	komplett selbständige Toilettenbenutzung	10
	Hilfe oder Aufsicht erforderlich	5
	Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0
Baden / Duschen	selbständiges Baden oder Duschen	5
	Hilfsperson erforderlich	0
Aufstehen & Gehen	selbständig	15
	selbständig mit Gehwagen	10
	braucht Hilfe vom Sitz in den Stand	5
	erfüllt diese Voraussetzungen nicht	0
Treppensteigen	steigt selbständig 1 Stockwerk	10
	steigt unter Aufsicht 1 Stockwerk	5
	erfüllt diese Voraussetzungen nicht	0
An- & Auskleiden	zieht sich in angemessener Zeit selbständig an und aus	10
	kleidet mind. den Oberkörper in angem. Zeit selbst. an u. aus	5
	erfüllt diese Voraussetzungen nicht	0
Stuhlkontinenz	ist stuhlinkontinent	10
	ist nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	5
	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0
Harninkontinenz	ist harnkontinent oder kompensiert Harninkontinenz, versorgt DK	10
	selbständig	
	ist nicht mehr als 1x/Tag harninkontinent, benötigt Hilfe bei Kath.-versorgung	5
	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0

Barthel-Summe _____

Datum der Anmeldung: _____ Name/Unterschrift/Stempel _____

*Um Rückfragen zu vermeiden wird darum gebeten, dem Patienten bei Verlegung die wichtigsten med. Informationen (Arztbriefe, Laborbefunde, Röntgenbilder, EKG, etc.) mitzugeben.
Vielen Dank!*