

Anmeldung vollstationäre geriatrische Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)



Vom Antragsteller bitte ausfüllen und weiterleiten an gewünschten Standort:

☐ **Standort Borna**

Dr. med. Franziska Struckmann
Chefärztin der Klinik für Akutgeriatrie und
Frührehabilitation
Telefon: 03433 21-2601 (Sekretariat)
Telefax: 03433 21-2602
E-Mail: akutgeriatrie-borna@sana.de

☐ **Standort Zwenkau**

Paula Schubert
Lt. Oberärztin der Klinik für Akutgeriatrie
und Frührehabilitation
Telefon: 034203 42055 (für Einweiser)
Telefax: 034203 42090
E-Mail: akutgeriatrie-zwenkau@sana.de

☐ **Standort Wurzen**

Dr. med. Franziska Struckmann
Chefärztin der Klinik für Akutgeriatrie und
Frührehabilitation
Telefon: 03437 9378-1451 (für Einweiser)
Telefax: 03437 9378-3309
E-Mail: katrin.preuss1@sana.de
christina.puchinger@sana.de

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:	

Anmeldung vollstationäre geriatrische Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)



--	--

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 teilw. 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 _____

Anmeldung vollstationäre geriatrische Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)



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	10
	DK selbständig	
	ist nicht mehr als 1x/Tag harninkontinent, benötigt Hilfe bei Kath.-versorgung	5
	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0

Barthel-Summe

Anmeldung vollstationäre geriatrische Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)



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!