

**AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL**

**Klinik für Geriatrie/Tagesklinik**  
**Fax: 0561/1002-1825**

**ANMELDEBOGEN ZUR GERIATRISCHEN WEITERBEHANDLUNG**

|   |  |
|---|--|
| Einweiser:  | Patientendaten:  |
| Behandelnder Arzt/Ärztin:   | Name, Vorname  |
|   | Geburtsdatum:  |
| Telefon:  | Wohnort:   |
| Hilfsmittel:<br><br>Angehörige:<br><br>Besondere Medikamente:   | Kostenträger:  |
|   | Versicherten Nr.:  |
|   | Gesetzliche Betreuung:   |
| Impfung gegen COVID-19: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br>1. Impfung erfolgt am: _____<br>2. Impfung erfolgt am: _____ | Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Datum der Anmeldung: _____  |  |
| Anmeldung für <input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung <input type="checkbox"/> Tagesklinik   |  |
| <input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer                             |  |

Stationär seit: \_\_\_\_\_ Verlegung möglich ab: \_\_\_\_\_

Negativer SARS-COV-2-Abstrich liegt vor:  ja  nein Datum: \_\_\_\_\_

Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_

Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_

|   |
|---|
| Funktionaler Gesundheitszustand vor der aktuellen Erkrankung (was konnte er/sie)?   |
| Aktuelle Anamnese:  |
| Bisheriger Verlauf:   |
| Derzeitiger funktionaler Gesundheitszustand (was kann er/sie jetzt)?  |
| Reha- Potential <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |
| Patient/in ist ausreichend belastbar für mehrere Therapieeinheiten am Tag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Name, Vorname des Versicherten \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen

| <b>Frührehabilitations-Barthel-Index:</b> (bitte zutreffendes ankreuzen)           | Nein                     | Ja                       |     |
|--|--------------------------|--------------------------|-----|
| Intensivmedizinisch Überwachungspflichtiger Zustand (z. B. veg. Krisen)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -50 |
| Intermittierende Beatmung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -50 |
| Absaugpflichtiges Tracheostoma   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -50 |
| Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -50 |
| Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -50 |
| Schwere Verständigungsstörung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -25 |
| Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | -50 |
| <b>Gesamtzahl FR-Barthel-Index</b>   | =                        |                          |     |

*Bitte summierten FR-Barthel-Index notieren*

| <b>Barthel-Index</b> (bitte zutreffendes ankreuzen) |  | nicht möglich            |   | mit Unterstützung möglich |    | selbstständig            |    |
|---|--|--------------------------|---|---------------------------|----|--------------------------|----|
| 1   | Essen und Trinken<br>(mit Unterstützung, wenn Speisen vor de, essen zurechtgeschnitten werden) | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/>  | 5  | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 2   | Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt<br>(einschließlich aufsitzen im Bett)       | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/>  | 10 | <input type="checkbox"/> | 15 |
| 3   | Persönliche Pflege (Gesichtswaschen, Kämmen; Rasieren, Zähneputzen)                            | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/>  | 0  | <input type="checkbox"/> | 5  |
| 4   | Benutzung der Toilette (An-/Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)                        | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/>  | 5  | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 5   | Baden/Duschen  | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/>  | 0  | <input type="checkbox"/> | 5  |
| 6   | Gehen auf ebenem Grund   | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/>  | 10 | <input type="checkbox"/> | 15 |
| 6a  | Rollstuhlbenutzung ( <b>nur ausfüllen, wenn Gehen auf ebenem Grund nicht möglich</b> )         | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/>  | 0  | <input type="checkbox"/> | 5  |
| 7   | Treppen auf-/ absteigen  | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/>  | 5  | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 8   | An-/Ausziehen (einschl. Schuhe binden, Knöpfe schließen)                                       | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/>  | 5  | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 9   | Stuhlkontrolle   | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/>  | 5  | <input type="checkbox"/> | 10 |
| 10  | Harnkontrolle  | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/>  | 5  | <input type="checkbox"/> | 10 |
| <b>Gesamtzahl Barthel-Index</b>                     |  | =                        |   |                           |    |                          |    |

*Bitte summierten Barthel-Index notieren*

 Orientierung: voll orientiert  / desorientiert: zeitlich  / situativ:  / örtlich:  / zur Person 

Funktioneller neurologischer Befund (bei Paresen Angabe der Ausprägung):

|                   | nicht                    | mäßig                    | schwer                   | Versorgt mit:                            |                                     |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|-------------------------------------|
| Neglect           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Tracheostoma    | <input type="checkbox"/> Magensonde |
| Antriebsmangel    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> PEG             |                                     |
| Gedächtnisstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter: |                                     |
| Aphasie           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> transurethral   |                                     |
| Depression        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> suprapubisch    |                                     |

Falls Dialyse, Frequenz: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

|                                      |  |  |                                      |   |
|--------------------------------------|--|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> <b>MRSA</b> | <input type="checkbox"/> <b>4 MRGN</b> | <input type="checkbox"/> <b>3 MRGN</b> | <input type="checkbox"/> <b>VRE</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges</b> |
| <input type="checkbox"/> positiv     | <input type="checkbox"/> negativ       | <input type="checkbox"/> saniert       | <input type="checkbox"/> Besiedelung | <input type="checkbox"/> Infektion        |

Wunden: \_\_\_\_\_

Befund vom: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes/Ärztin \_\_\_\_\_