

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: Angehörige: Besondere Medikamente:	Kostenträger:
	Versicherten Nr.:
	Gesetzliche Betreuung:
	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

Frührehabilitations-Barthel-Index: (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
Gesamtzahl FR-Barthel-Index	=		

Bitte summierten FR-Barthel-Index notieren

Barthel-Index (bitte zutreffendes ankreuzen)		nicht möglich		mit Unterstützung möglich		selbstständig	
1	Essen und Trinken (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 (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 (nur ausfüllen, wenn Gehen auf ebenem Grund nicht möglich)	<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
Gesamtzahl Barthel-Index		=					

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"/> MRSA | <input type="checkbox"/> 4 MRGN | <input type="checkbox"/> 3 MRGN | <input type="checkbox"/> VRE | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <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 _____

0