



Zentrum Innere Medizin
Zentrumsleitung:

PD. Dr. med. K. Neubauer-Saile

Geriatrie

Chefärztin: Dr. med. C. Lippold

Sekretariat D. Hunsänger

Tel: 06432 506-1116 FAX: 06432 506-1186

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat: _____		Telefonnummer des Anmelders: _____	
Gewünschter Aufnahmeterrmin: _____ Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1 Bettzimmer (Wahlleistungspatient) <input type="checkbox"/> 2 Bettzimmer (Wahlleistungspatient)		Infektiöse Erkrankungen / MRE Wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> Clostridien <input type="checkbox"/> Noroviren <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRGN <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ MRSA Screening erfolgt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Gesetzliche Betreuung / Vollmacht: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Wenn ja wer:	
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<u>Pflegegrad:</u> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> eingeleitet	<u>Bisherige Lebenssituation:</u> <input type="checkbox"/> Im eigenen Haushalt <input type="checkbox"/> Bei Familienangehörigen <input type="checkbox"/> Im Pflegeheim <input type="checkbox"/> Sonstiges	<u>Versorgung prästat.:</u> <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Ambulante Dienste <input type="checkbox"/> Durch Familienangehörige <input type="checkbox"/> 24 Std. Hilfe	<u>Weitere Versorgung:</u> <input type="checkbox"/> Rückkehr nach Hause <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Sonstiges

Hauptdiagnose des Anmelders / zuweisenden Arztes:

Noch akut stationär zu behandelnde Erkrankungen:

Noch durchzuführende Diagnostik (z.B. Sturzabklärung, Demenzabklärung etc.)

Therapierelevante Nebendiagnosen:

Bei **Frakturen** OP Datum: _____

Belastbarkeit. voll Teil: Dauer: _____
 Entlastung



Decubitus/offene Wunden	<input type="checkbox"/> ja, Grad ____	<input type="checkbox"/> nein	Anus praeter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ZVK/Ernährungssonde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Dialyse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Naso-gastrale Sonde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Tracheostoma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
PEG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Orientierung:
 gut eingeschränkt desorientiert
 Weglauftendenz Aggressivität

Kommunikationsstörung: ja nein
Schluckstörung: ja nein
Eingeschränkte Mobilität: ja nein

Aktuelle Alltagskompetenz (ADL-Status nach Barthel)

Bett-Stuhltransfer	15 unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer) 10 minimale Assistenz oder Supervision 5 kann sitzen, braucht Hilfe zum Transfer 0 bettlägerig	Baden	5 badet oder duscht ohne Hilfe 0 badet oder duscht mit Hilfe
Bewegung	15 unabhängig. Gehen > 50m (auch mit Gehhilfe) 10 > 50m Gehen, jedoch mit Unterstützung 5 < 50m mit Hilfe/Gehwagen (alternativ Rollstuhl) 0 kann sich nicht (mind. 50m) fortbewegen	Ankleiden	10 unabhängig, incl. Schuhe anz. 5 hilfebedürftig 0 total hilfebedürftig
Treppensteigen	10 unabhängig (auch mit Gehhilfe) 5 braucht Hilfe oder Supervision 0 kann nicht Treppensteigen	Toilette	10 unabhängig 5 braucht Hilfe (z.B. Gleichgew.) 0 kann nicht Toilette/Nachtstuhl
Essen	10 unabhängig, benutzt Geschirr 5 braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden 0 total hilfsbedürftig	Urin Kontrolle	10 kontinent 5 tlw. Inkontinent (nachts) 0 inkontinent
Waschen	5 wäscht Gesicht, kämmt sich, putzt Zähne etc. 0 braucht Hilfe	Stuhlkontrolle	10 kontinent 5 tlw. Inkontinent (nachts) 0 inkontinent

Gesamtpunktzahl: _____ Punkte

Stempel

Datum/ Unterschrift und **Telefonnummer** des Anmelders