



Zentrum Innere Medizin
Zentrumsleitung:

PD. Dr. med. K. Neubauer-Saile

Geriatrie
Chefärztin: Dr. med. C. Lippold

Sekretariat J. Lehna
Tel: 06432 506-1116 FAX: 06432 506-1186

Name: _____		Telefonnummer des Anmelders: _____	
Vorname: _____			
Geb.-Dat: _____			
Krankenkasse: _____			
Vers.-Nummer: _____			
Adresse: _____			
Gewünschter Aufnahmeterrain: _____		Infektiöse Erkrankungen / MRE Wenn ja, welche: ☐ Clostridien ☐ Noroviren ☐ VRE ☐ MRGN ☐ MRSA ☐ Sonstige: _____ MRSA Screening erfolgt: ☐ ja ☐ nein	
Chefarztbehandlung ☐ ja ☐ nein			
☐ 1 Bettzimmer (Wahlleistungspatient)			
☐ 2 Bettzimmer (Wahlleistungspatient)			
Gesetzliche Betreuung / Vollmacht: ☐ nein ☐ ja Wenn ja wer: _____			
Patientenverfügung: ☐ nein ☐ ja			
Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ eingeleitet	Bisherige Lebenssituation: ☐ Im eigenen Haushalt ☐ Bei Familienangehörigen ☐ Im Pflegeheim ☐ Sonstiges	Versorgung prästat.: ☐ selbstständig ☐ Ambulante Dienste ☐ Durch Familienangehörige ☐ 24 Std. Hilfe	Weitere Versorgung: ☐ Rückkehr nach Hause ☐ Pflegeheim ☐ Sonstiges
Hauptdiagnose des Anmelders / zuweisenden Arztes: _____			
Noch <u>akut stationär</u> 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	☐ ja, Grad ____	☐ nein	Anus praeter	☐ ja	☐ nein
ZVK/Ernährungssonde	☐ ja	☐ nein	Dialyse	☐ ja	☐ nein
Naso-gastrale Sonde	☐ ja	☐ nein	Tracheostoma	☐ ja	☐ nein
PEG	☐ ja	☐ 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
Treppen- steigen	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	Stuhl- kontrolle	10 kontinent 5 tlw. Inkontinent (nachts) 0 inkontinent

Gesamtpunktzahl: _____ Punkte

Stempel

Datum/ Unterschrift und **Telefonnummer** des Anmelders