

## Anmeldung zur akutgeriatrischen Krankenhausbehandlung

### Angaben zur Versicherten Person

|          |  |
|----------|--|
| Name:    |  |
| Vorname: |  |
| Geb.:    |  |
| Straße:  |  |
| PLZ/Ort: |  |

### Stempel der Anfordernden Klinik

Tel: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wahlärztl. Leistung: ☐ ja ☐ nein

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Nächster Angehöriger: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

stationäre Behandlung seit \_\_\_\_\_

Übernahme in die Akut-Geriatrie möglich ab \_\_\_\_\_

### Verlegungsrelevante (behandlungsbegründende) Diagnose

☐ Vollbelastung ☐ Teilbelastung mit \_\_\_\_\_ kg bis \_\_\_\_\_ ☐ Entlastung bis: \_\_\_\_\_

### Weitere relevante Diagnosen

---



---



---



---



---

Aphasie? ☐ ja ☐ nein Schluckstörung? ☐ ja ☐ nein

Sehbehinderung? ☐ ja ☐ nein Hörminderung? ☐ ja ☐ nein

☐ orientiert ☐ desorientiert ☐ verwirrt ☐ motorisch unruhig ☐ Weglauftendenz

Hilfsmittel? ☐ Stock ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Prothese ☐ andere: \_\_\_\_\_

### Allgemeinbefinden und Sozialanamnese

Wohnsituation: ☐ Eigene Wohnung / Betreutes Wohnen ☐ Alten-/ Pflegeheim  
☐ allein lebend ☐ mit Ehepartner / Lebensgefährte  
☐ gemeinsamer Haushalt mit Verwandten

Leistungen der Pflegeversicherung ☐ nein ☐ ja  
 Ambulante Dienste: ☐ nein ☐ ja  
 Besteht eine Betreuung? ☐ nein ☐ ja → ☐ Gesundheitsfürsorge  
☐ Aufenthaltsbestimmungsrecht  
☐ Vermögensfürsorge

**Bitte Anfrage an 04441 / 992705 faxen**  
**Bei Rückfragen bitte an das Geriatrie-Sekretariat wenden 04441 / 992702**

## Barthel Index

|                                                                                                                                         |                                                                                                                                            |                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Name:</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span> | <b>Vorname:</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span> | <b>Geb.-Datum:</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen.
- Sollten z.B. je nach Tagesform oder im Tagesverlauf unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.
- Bitte das Datum der Erfassung notieren.

|  |                                                                                                                                          |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Datum:</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|              |                                                                                                                                                  |    |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Essen</b> | Komplett selbständig <b>ODER</b> selbständige PEG / MS-Beschickung / -Versorgung                                                                 | 10 |
|              | Hilfe bei der mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen der Mahlzeit <b>ODER</b> Hilfe bei der PEG / MS-Beschickung / -Versorgung | 5  |
|              | Kein selbständiges Einnehmen von Speisen und Getränken <b>UND</b> keine PEG / MS Ernährung                                                       | 0  |

|                          |                                                                                                                                                        |    |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Auf- und Umsetzen</b> | Komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl <b>UND</b> zurück                                                                          | 15 |
|                          | Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) in der einer oder anderen o. g. Phase                                                             | 10 |
|                          | Aufrichten in den Sitz an die Bettkante <b>UND / ODER</b> Transfer in Rollstuhl mit erheblicher Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) | 5  |
|                          | Erfüllt das Kriterium nicht, wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert                                                                             | 0  |

|                     |                                                                        |   |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------|---|
| <b>Sich waschen</b> | Vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren | 5 |
|                     | Erfüllt das Kriterium nicht (statt: erfüllt „5“ nicht)                 | 0 |

|                           |                                                                                                                            |    |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Toilettenbenutzung</b> | Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung / Reinigung                           | 10 |
|                           | Vor Ort Aufsicht oder Hilfe bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung <b>ODER</b> deren Spülung / Reinigung erforderlich | 5  |
|                           | Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl                                                                        | 0  |

|                        |                                                                                      |   |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <b>Baden / duschen</b> | Selbständiges Baden oder Duschen incl. Ein- / Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen | 5 |
|                        | Erfüllt das Kriterium nicht                                                          | 0 |

|                            |                                                                                                                                                               |    |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Aufstehen und Gehen</b> | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen <b>UND</b> mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcke / Gehstützen) gehen               | 15 |
|                            | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen <b>UND</b> mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens selbständig gehen                       | 10 |
|                            | Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <b>ODER</b> im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl | 5  |
|                            | Erfüllt das Kriterium nicht                                                                                                                                   | 0  |

|                       |                                                                                                                              |    |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Treppe steigen</b> | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. mit Stöcken / Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf <b>UND</b> hintersteigen | 10 |
|                       | Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf <b>UND</b> hintersteigen                                        | 5  |
|                       | Erfüllt das Kriterium nicht                                                                                                  | 0  |

|                           |                                                                                                                                              |    |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>An- und Auskleiden</b> | Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung und Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel, z.B. ATS, Prothesen) an <b>UND</b> aus | 10 |
|                           | Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an <b>UND</b> aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind          | 5  |
|                           | Erfüllt das Kriterium nicht                                                                                                                  | 0  |

|                       |                                                                                                                                                          |    |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Stuhlkontinenz</b> | Ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder der Anus-praeter Versorgung                                                       | 10 |
|                       | Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x / Woche stuhlinkontinent <b>ODER</b> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen bzw. der Anus-praeter Versorgung | 5  |
|                       | Ist durchschnittlich mehr als 1x / Woche stuhlinkontinent                                                                                                | 0  |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                     |    |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Harnkontinenz</b> | Ist harnkontinent <b>ODER</b> kompensiert die Harninkontinenz bzw. versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)                                                             | 10 |
|                      | Kompensiert die Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x / Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <b>ODER</b> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems | 5  |
|                      | Ist durchschnittlich mehr als 1x / Tag harninkontinent                                                                                                                                                                              | 0  |

**Summe**

|                      |                                                                                     |                                                                                     |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Optional PPR:</b> | <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 | <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|