



## Anmeldung zur stationären geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung

**Klinik für Altersmedizin**  
Leitende Ärztinnen:  
Claudia Ankerst  
Dr. med. Kerstin Amadori  
T 069 3106-53906  
F 069 3106-53991  
altersmedizin@varisano.de

**Nachname:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

Einweisendes Krankenhaus/ Einweisende/r Ärztin/Arzt:	
---	--

Aufnahmetag im Krankenhaus:		Verlegung in Reha-Einrichtung möglich ab:
Wahlleistung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett	<input type="checkbox"/> Nein
Ärztliche Ansprechperson:		Telefon-Nr.:
Häusliche Situation:	Betreuung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Vollmachten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Angehörige:  Telefon:

<b>Hauptdiagnose:</b>	
<b>Wesentliche Nebendiagnosen:</b>	

**Bitte Kurzarztbrief beifügen**

## Barthel-Index

### 1. Essen

Unabhängig (10) Braucht Hilfe (5) Total hilfsbedürftig (0)

### 2. Baden

Badet oder duscht ohne Hilfe (5) Badet oder duscht mit Hilfe (0)

### 3. Waschen

Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne (5) Braucht Hilfe (0)

### 4. An- und Auskleiden

Unabhängig (10) Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an/aus (5) Total hilfsbedürftig (0)

### 5. Stuhlkontrolle

Kontinent (10) Teilweise inkontinent (5) Inkontinent (0)

### 6. Urinkontrolle

Kontinent (10) Teilweise inkontinent (5) Inkontinent (0)

### 7. Toilettenbenutzung

Unabhängig (10) Braucht Hilfe (5) Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl (0)

### 8. Bett-/(Roll-)Stuhltransfer

Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer) (15) Minimale Assistenz oder Supervision (10)

Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe (5) Bettlägerig (0)

### 9. Bewegung

Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) für mindestens 50 m (15)

Mindestens 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung (10)

Für Rollstuhlfahrer: unabhängig für mindestens 50 m (5)

Kann sich nicht mindestens 50 m fortbewegen (0)

### 10. Treppensteigen

Unabhängig (10) Braucht Hilfe oder Supervision (5) Kann nicht Treppensteigen (0)

### Gesamtpunktzahl (max. 100)

Weglaufgefährdet

Ja

Nein

Eigen- und/oder Fremdaggressivität

Ja

Nein

Demenz

Ja

Nein

### Versorgt mit:

Blasenkatheter

Anus praeter

PEG

nasopharyngealer MS

Tracheostoma

Sonstiges

### Komplikationen:

Wundheilungsstörung

Dekubitus

O<sup>2</sup>-pflichtig

Krampfanfälle

### Dialyse:

Ja

Nein

Sonstiges

### Infektionen:

Keine

MRSA

Clostridien

3MRGN

4MRGN

ESBL

VRE

Lokalisation des Abstrichs:

Nasal

Rektal

Leiste

Sonstige

### Abstriche beifügen

Bei Frakturen/TEP:  Vollbelastung

Teilbelastung: \_\_\_\_\_ kg

Entlastung bis: \_\_\_\_\_

Gangschule möglich:  Ja

Nein

Wegstrecke: \_\_\_\_\_ m

Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

Ziel der Rehabilitationsmaßnahme: \_\_\_\_\_

**Bitte bei Nicht-Inanspruchnahme der oben beantragten Maßnahme kurze telefonische Absage!**

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

\_\_\_\_\_  
Klinik/Abteilung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes