



Antrag auf teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Klinik für Altersmedizin
Leitende Ärztinnen:
Claudia Ankerst
Dr. med. Kerstin Amadori
T 069 3106-2720 (Tagesklinik)
F 069 3106-2876 (Tagesklinik)
altersmedizin@varisano.de

Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Anschrift:

Versicherung	Wahlleistung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--------------	--------------	-----------------------------	-------------------------------

Aufnahme in Tagesklinik möglich ab:		
Ärztliche Ansprechperson:		Telefon-Nr.:
Häusliche Situation:	Betreuung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Angehörige:
	Vollmachten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tel.:

Klinische Angaben:

Hauptdiagnose:

Relevante Nebendiagnosen:

Nach stattgehabter Fraktur:

- Vollbelastung
- Teilbelastung _____ kg
- Entlastung

Infektionen: MRSA Clostridien MRGN VRE

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)

Datum

Name des Einweisers/Praxisstempel

Unterschrift des Arztes