

Anmeldung zur stationären geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung

Klinik für Altersmedizin
 Chefärztinnen:
 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:	☐ Ja ☐ 1-Bett ☐ 2-Bett	☐ Nein
Ärztliche Ansprechperson:		Telefon-Nr.:
Häusliche Situation:	Betreuung ☐ Ja ☐ Nein Vollmachten ☐ Ja ☐ Nein	Angehörige: Telefon:

Hauptdiagnose:	
Wesentliche Nebendiagnosen:	

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

☐ O²-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