varisano
Klinikum Frankfurt Höchst

Antrag auf teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Klinik für Altersmedizin
Chefärztinnen:
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 ☐ Nein ☐

Aufnahme in Tagesklinik möglich ab:		
Ärztliche Ansprechperson:		Telefon-Nr.:
Häusliche Situation:	Betreuung ☐ Ja ☐ Nein Vollmachten ☐ Ja ☐ Nein	Angehörige: Tel.:

Klinische Angaben:

Hauptdiagnose:
Relevante Nebendiagnosen:

Klinikum Frankfurt Höchst GmbH Gotenstraße 6-8 65929 Frankfurt am Main T 069 3106-0 F 069 3106-3030
info-frankfurt@varisano.de www.varisano.de/klinikum-frankfurt-hoechst
Geschäftsführung: Dr. med. Patrick Frey, Michael Osypka USt-IdNr.: DE815124730 Amtsgericht: Frankfurt am Main HRB 77741
Sitz: Frankfurt am Main Frankfurter Sparkasse IBAN: DE19 5005 0201 0000 6010 05 BIC: HELADEF1822
Ein Unternehmen des Klinikverbundes Frankfurt-Main-Taunus

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