

Geriatrische Abteilung

Datum:

Bitte Fax an: 04361 513 232

(Patientenetikett) Name: ..... Vorname: ..... Geb.-Datum: ..... Wahlleistung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Absender:</b> _____ <b>Ansprechpartner:</b> _____ <b>Telefon:</b> _____ <b>Unterschrift:</b> _____ <b>Telefon der Station</b> _____ <b>Gewünschter Verlegungstermin:</b> _____																																																							
<b>Hauptdiagnose / Verlauf</b>  	<b>Weitere Diagnosen:</b>  																																																							
<b>Bei Frakturen:</b> <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung mit .....kg für .....Wochen	<b>Multiresistente Erreger:</b> <input type="checkbox"/> positiv -> Spezies:..... <input type="checkbox"/> negativ																																																							
<b>Soziale Situation vor Erkrankungsbeginn:</b> <input type="checkbox"/> wohnt allein                      Sozial <input type="checkbox"/> ausreichend versorgt <input type="checkbox"/> wohnt im Altenheim <input type="checkbox"/> unzureichend versorgt <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<b>Orientierung des Patienten aktuell:</b> <input type="checkbox"/> voll orientiert <input type="checkbox"/> partiell orientiert <input type="checkbox"/> desorientiert bekannte Demenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																							
<b>Aktivitäten des täglichen Lebens (BARTHEL-Index)</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">selbstständig</th> <th style="text-align: center;">benötigt Begleitung</th> <th style="text-align: center;">benötigt fremde Hilfe</th> <th style="text-align: center;">nicht selbstständig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Essen</td> <td style="text-align: center;">10 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">0 <input type="checkbox"/> (Punkte)</td> </tr> <tr> <td>2. Bett/(Rollstuhl-)-Transfer</td> <td style="text-align: center;">15 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">10 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">0 <input type="checkbox"/> (Punkte)</td> </tr> <tr> <td>3. Waschen (Oberkörper)</td> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">0 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">0 <input type="checkbox"/> (Punkte)</td> </tr> <tr> <td>4. Toilettengang</td> <td style="text-align: center;">10 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">0 <input type="checkbox"/> (Punkte)</td> </tr> <tr> <td>5. Baden</td> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">0 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">0 <input type="checkbox"/> (Punkte)</td> </tr> <tr> <td>6. Gehen/Rollstuhlfahren</td> <td style="text-align: center;">15 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">10 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">0 <input type="checkbox"/> (Punkte)</td> </tr> <tr> <td>7. Treppensteigen</td> <td style="text-align: center;">10 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">0 <input type="checkbox"/> (Punkte)</td> </tr> <tr> <td>8. An-/Auskleiden</td> <td style="text-align: center;">10 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">0 <input type="checkbox"/> (Punkte)</td> </tr> <tr> <td>9. Stuhlkontrolle</td> <td style="text-align: center;">10 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">0 <input type="checkbox"/> (Punkte)</td> </tr> <tr> <td>10. Urinkontrolle</td> <td style="text-align: center;">10 <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;">5 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">0 <input type="checkbox"/> (Punkte)</td> </tr> </tbody> </table>			selbstständig	benötigt Begleitung	benötigt fremde Hilfe	nicht selbstständig	1. Essen	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)	2. Bett/(Rollstuhl-)-Transfer	15 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)	3. Waschen (Oberkörper)	5 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)	4. Toilettengang	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)	5. Baden	5 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)	6. Gehen/Rollstuhlfahren	15 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)	7. Treppensteigen	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)	8. An-/Auskleiden	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)	9. Stuhlkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)	10. Urinkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
	selbstständig	benötigt Begleitung	benötigt fremde Hilfe	nicht selbstständig																																																				
1. Essen	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)																																																				
2. Bett/(Rollstuhl-)-Transfer	15 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)																																																				
3. Waschen (Oberkörper)	5 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)																																																				
4. Toilettengang	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)																																																				
5. Baden	5 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)																																																				
6. Gehen/Rollstuhlfahren	15 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)																																																				
7. Treppensteigen	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)																																																				
8. An-/Auskleiden	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)																																																				
9. Stuhlkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)																																																				
10. Urinkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)																																																				
<b>Gesamtpunktzahl:</b> ...../100																																																								
<b>Alltagsrelevante Fähigkeiten des Patienten vor stationärer Aufnahme:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Selbständig mobil <input type="checkbox"/> mit Hilfe mobil <input type="checkbox"/> alltagsselbständig <input type="checkbox"/> _____																																																								
<b>Besonderes / Rehaziel:</b>  																																																								