

ANMELDEBOGEN GERIATRIE

Patientendaten

Vor- und Nachname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ Pflegegrad _____

Gesetzliche Betreuung Ja Nein Wenn ja, Name und Kontakt _____

1-Bett gewünscht Ja Nein Krankenkasse _____

Absender:in _____ Telefon _____

Ansprechperson/Angehörige:r: _____ Aufnahme gewünscht ab _____

Hauptdiagnose _____

Operation _____ Datum _____

Vollbelastung Teilbelastung (radiologischer) Termin zur Belastungsfreigabe: _____

Soziale Patientensituation vor Erkrankungsbeginn

Wohnt mit (hilfsbedürftigen) Lebenspartner:innen

Wohnt im Pflegeheim: _____

Wohnt mit Angehörigen Wohnt alleine

Häusliche Versorgung

Selbstständig Familiäre Versorgung

Mit Rollator mobil Mit Rollstuhl mobil

Pflegedienst, wie oft? Immobil/Bettlägerig

Tätigkeiten: _____

Orientierung des/der Patient:in

Orientiert Hin-lauf-Tendenz

Gelegentlich desorientiert Bekannte Demenz

Überwiegend desorientiert

Besonderheiten

Dialysepflichtig Stoma Versorgung

Kontrakturen Schluckstörung

Sprachstörung Magensonde/PEG

O2-Therapie Blasenkatheter

Bedarf: _____ l/h

Delir post OP

Covid-19 geimpft: _____

Hygienerrelevante Erkrankungen

Diarrhöe MRSA

3 MRGN VRE

Covid-19, genesen seit: _____

Relevante Diagnosen/Akutereignisse,
Medikamentenplan bitte als Anhang senden.

Vor- und Nachname _____

Geburtsdatum _____

BARTHEL-INDEX

1. Essen	
Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	10
Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden	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, inkl. Schuhe anziehen	10
Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an/aus	5
Total hilfsbedürftig	0
5. Stuhlkontrolle	
Kontinent	10
Teilweise kontinent	5
Inkontinent	0
6. Urinkontrolle	
Kontinent	10
Teilweise kontinent	5
Inkontinent	0
7. Toilettenbenutzung	
Unabhängig bei Benutzung der Toilette/des Nachtstuhls	10
Braucht Hilfe für z.B. Gleichgewicht, Kleidung aus-/anziehen, Toilettenpapier	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 (auch mit Gehhilfe)	10
Braucht Hilfe oder Supervision	5
Kann nicht Treppensteigen	0
Summe/HZ	