

## Anmeldung

Fax Nr.: 05224/ 694 – 814153

Bitte Anmeldung vollständig ausfüllen!

|  |                                     |  |   |
|--|-------------------------------------|--|---|
| <b>Großes Patientenetikett</b>   |                                     | <input type="checkbox"/> Allgemeinversichert<br>Kostenträger: _____<br>Vers. Nr.: _____  |   |
| Name, Vorname: .....   |                                     | <input type="checkbox"/> Wahlleistung Chefarzt<br><input type="checkbox"/> Wahlleistung 1-Bett<br><input type="checkbox"/> Wahlleistung 2-Bett<br>Privater Kostenträger<br>_____ |   |
| Geb. Datum: .....  |                                     |  |   |
| Straße: .....  |                                     |  |   |
| Wohnort: .....   |                                     |  |   |
| Hausarzt: .....  |                                     |  |   |
| <b>Hauptbehandlungsdiagnosen</b><br>(ggf. mit Datum Akutereignis/ OP)  |                                     | <b>COVID Impfung</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wie oft _____   |   |
| <b>Behandlungsrelevante Nebendiagnosen</b> (z.B. Diabetes Mellitus, kardiologische Erkrankungen, Niereninsuffizienz, neurologische Erkrankungen)   |                                     |  |   |
| <b>Akutmedizinischer Handlungsbedarf</b><br>(muss zwingend angegeben werden, z.B. Anämie, Infekt, engmaschige Laborkontrollen, BZ Entgleisungen, Schmerzeinstellung, Medikamenteneinstellungen)<br><b>Die Empfehlung einer Reha- /geriatrischen Rehabilitation ist kein Einweisungsgrund</b> |                                     |  |   |
| Erreger bekannt  | <input type="checkbox"/> MRSA       | <input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> 3 MRGN  | <input type="checkbox"/> Clost. diff. <input type="checkbox"/> Sonstige |
| Körperstelle   |                                     |  |   |
| Barthel Index: _____   |                                     | Siehe Anhang   | O <sub>2</sub> -pflichtig <input type="checkbox"/>                      |
| Belastungsstufe bei Frakturen  | Vollbel. <input type="checkbox"/>   | Teilbel. <input type="checkbox"/> _____ kg/ Absehbare Vollbelastung:   |   |
| Orientierung   | Orientiert <input type="checkbox"/> | Desorientiert <input type="checkbox"/> (Nachts ruhig <input type="checkbox"/> Nachts unruhig <input type="checkbox"/><br>Aufsicht erforderlich <input type="checkbox"/>          |   |
| <b>Bitte beachten:</b><br>Patienten unter 60 Jahren können nicht in eine geriatrische Behandlung aufgenommen werden (Urteil des Bundessozialgerichts). Bei Patienten unter 70 Jahre ist eine vorherige Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse notwendig!                                  |                                     |  |   |
|  |                                     | Kostenzusage: < 70 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>   |   |
| Bei Zuweisung folgende Unterlagen in Kopie mitgeben:   |                                     | <b>Aktuelle Röntgen Bilder / CT etc. auf CD, Aktuelles Labor, Vorbefunde, aktueller Bundesmedikationsplan</b>  |   |
| Verlegendes KH/ Einweisende Praxis   |                                     |  |   |
| Zuständige Station   |                                     | Häusliche Kontaktperson  |   |
| Durchwahl: _____   |                                     | Telefon: _____   |   |
| Gewünschtes Übernahmedatum   |                                     | Nachfrage unter: 05224 – 694 153   |   |

## Hamburger Manual zum Barthel Index

Sollten (z.B.) je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist niedrigere Einstufung zu wählen.

|                           |   | Punkte                   |    |
|---------------------------|---|--------------------------|----|
| 1. Essen und trinken      | komplett selbstständig oder selbstständige PEG- Beschickung/-Versorgung   | <input type="checkbox"/> | 10 |
|                           | Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung , aber selbstständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG- Beschickung/- Versorgung  | <input type="checkbox"/> | 5  |
|                           | kein selbstständiges Einnehmen und keine MS/ PEG- Ernährung   | <input type="checkbox"/> | 0  |
| 2. Aufsetzen und Umsetzen | komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück  | <input type="checkbox"/> | 15 |
|                           | Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)  | <input type="checkbox"/> | 10 |
|                           | erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)   | <input type="checkbox"/> | 5  |
|                           | wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert   | <input type="checkbox"/> | 0  |
| 3. Sich waschen           | vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren  | <input type="checkbox"/> | 5  |
|                           | erfüllt "5" nicht   | <input type="checkbox"/> | 0  |
| 4. Toilettenbenutzung     | vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung  | <input type="checkbox"/> | 10 |
|                           | vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich   | <input type="checkbox"/> | 5  |
|                           | benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl   | <input type="checkbox"/> | 0  |
| 5. Baden/ Duschen         | selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen  | <input type="checkbox"/> | 5  |
|                           | erfüllt "5" nicht   | <input type="checkbox"/> | 0  |
| 6. Aufstehen und Gehen    | ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen                                     | <input type="checkbox"/> | 15 |
|                           | ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen  | <input type="checkbox"/> | 10 |
|                           | mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen<br>alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl                | <input type="checkbox"/> | 5  |
|                           | erfüllt "5" nicht   | <input type="checkbox"/> | 0  |
| 7. Treppensteigen         | ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen  | <input type="checkbox"/> | 10 |
|                           | mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter  | <input type="checkbox"/> | 5  |
|                           | erfüllt "5" nicht   | <input type="checkbox"/> | 0  |
| 8. An- und Auskleiden     | zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus                            | <input type="checkbox"/> | 10 |
|                           | kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind  | <input type="checkbox"/> | 5  |
|                           | erfüllt "5" nicht   | <input type="checkbox"/> | 0  |
| 9. Stuhlkontinenz         | ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung  | <input type="checkbox"/> | 10 |
|                           | ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / Anus-praeter(AP)-Versorgung                                    | <input type="checkbox"/> | 5  |
|                           | ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent   | <input type="checkbox"/> | 0  |
| 10. Harnkontinenz         | ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) | <input type="checkbox"/> | 15 |
|                           | kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag  | <input type="checkbox"/> | 10 |
|                           | Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkatheter Systems  | <input type="checkbox"/> | 5  |
|                           | ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent  | <input type="checkbox"/> | 0  |
| <b>Summe</b>              |   |                          |    |