

## Anmeldung

Fax Nr.: 05224/ 694 – 814153

Bitte Anmeldung vollständig ausfüllen!

Name, Vorname: .....

Geb. Datum:.....

Straße: .....

Wohnort: .....

- Allgemeinversichert
- Wahlleistung Chefarzt
- 1-Bett
- 2-Bett

Kostenträger

Hauptbehandlungsdiagnosen (ggf. mit Datum Akutereignis/ OP) 

- Immunsuppressivum
- orale Zytostatika

SARS CoV-2 Abstrich Negativ/ Datum: \_\_\_\_\_

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen 

Akutmedizinischer Handlungsbedarf (unabhängig von der Mobilisation) 

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

Belastungsstufe bei Frakturen

Vollbel.

Teilbel.  \_\_\_\_ kg/ Absehbare Vollbelastung:

Orientierung

Orientiert

Desorientiert

(Nachts ruhig  Nachts unruhig )

Aufsicht erforderlich

**Bitte beachten:**

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  nein

Bei Zuweisung folgende Unterlagen in Kopie mitgeben:

Aktuelle Röntgen Bilder / CT etc. auf CD, Aktuelles Labor, Vorbefunde, Aktueller Medikamentenplan

Verlegendes KH/ Einweisende Praxis 

Zuständiger Arzt/ 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 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-paraeter(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>			