

Anmeldung

Fax Nr.: 05224/ 694 – 814153

Bitte Anmeldung vollständig ausfüllen!

Großes Patientenetikett

Name, Vorname:

Geb. Datum:

Straße:

Wohnort:

Hausarzt:

Allgemeinversichert

Kostenträger: _____

Vers. Nr.: _____

Wahlleistung Chefarzt

Wahlleistung 1-Bett

Wahlleistung 2-Bett

Privater Kostenträger

Hauptbehandlungsdiagnosen
(ggf. mit Datum Akutereignis/ OP)

COVID Impfung Ja Nein wie oft _____

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen (z.B. Diabetes Mellitus, kardiologische Erkrankungen,
Niereninsuffizienz, neurologische Erkrankungen)

Akutmedizinischer Handlungsbedarf

(muss zwingend angegeben werden, z.B. Anämie, Infekt, engmaschige Laborkontrollen, BZ Entgleisungen,
Schmerzeinstellung, Medikamenteneinstellungen)

Die Empfehlung einer Reha- /geriatrischen Rehabilitation ist kein Einweisungsgrund

Erreger bekannt MRSA 4 MRGN 3 MRGN Clost. diff. Sonstige

Körperstelle

Barthel Index: _____

Siehe Anhang

O₂-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 Bundesmedikationsplan

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 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- <i>praeter</i> (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
Summe			