

Anmeldung		Fax Nr.: 05224/ 694 – 814153	
Bitte Anmeldung vollständig ausfüllen!			
Großes Patientenetikett		<input type="checkbox"/> Allgemeinversichert Kostenträger: _____ Vers. Nr.: _____	
Name, Vorname:	<input type="checkbox"/> Wahlleistung Chefarzt <input type="checkbox"/> Wahlleistung 1-Bett <input type="checkbox"/> Wahlleistung 2-Bett Privater Kostenträger _____		
Geb. Datum:			
Straße:			
Wohnort:			
Hausarzt:			
Hauptbehandlungsdiagnosen (ggf. mit Datum Akutereignis/ OP)		COVID Impfung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> 3 MRGN	<input type="checkbox"/> Clost. diff.
Körperstelle			<input type="checkbox"/> Sonstige
Barthel Index: _____		Siehe Anhang	O₂-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"/> Aufsicht erforderlich <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
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-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
Summe			