

St. Vinzenz - Krankenhaus Hanau gGmbH

St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau gGmbH • Postfach 2241 • 63412 Hanau

Geriatrie

Chefarzt Dr. U. Jander Kleinau

Telefon : (06181) 272 - 344 / 304

Telefax : (06181) 272 - 584

eMail : geriatrie@vinzenz-hanau.de

Internet : www.vinzenz-hanau.de

Geriatrisches Konsil Hanau

Patientenetikett Name der Einrichtung Hausarzt
--

Nächste Angehörige/Gesetzl. BetreuerIN: _____ Tel.: _____

Hausarzt: _____ Krankenkasse: _____

Akutereignis/Aufnahme im Krankenhaus: _____ gesetzl. Betreuung ja nein Pflegegrad: _____

Auszufüllen von anfordernder Abteilung/Hausarzt

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnose:

1. _____

2. _____

3. _____

Komplikation: _____ Frakturbelastung: voll teil %Übernahme ab: _____ Wahlleistung nein ja Isolierpflichtiger Keim: _____ Dekubitus

Hilfsmittel:

Rezidivierende Stürze Sonstige: _____ Röntgen-CD mitgegeben

Aktivitäten des täglichen Lebens (BARTHEL-Index)

	selbstständig	benötigt fremde Hilfe		nicht selbstständig
1.Essen	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
2.Bett/(Rollstuhl-)-Transfer	15 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
3.Waschen	5 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
4.Toilettengang	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
5.Baden	5 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
6.Gehen/Rollstuhlfahren	15 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
7.Treppensteigen	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
8.An-/Auskleiden	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
9.Stuhlkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
10.Urinkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)

Gesamtpunktzahl:/100

St. Vinzenz - Krankenhaus Hanau gGmbH

Name, Vorname Patient/in: _____ Geb.-Datum: _____

Psycho-physische Situation (modifiziert nach LACHS):

Sehen:	<i>gestört</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>
Hören:	<i>gestört</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>
Armbewegung	<i>gestört</i>	<i>ja</i>	<i>nein</i>

Kognitiver Status *Apfel – Pfennig – Tisch nachsprechen, dann nach den nächsten beiden Items Ernährung / Depression abfragen* *mindestens ein Begriff vergessen*

Ernährung *Größe m Gewicht kg* *Untergewicht*
BMI kg/m² *Übergewicht*
oder 5% Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten

Schluckstörung

Depression *„Sind Sie oft traurig oder niedergeschlagen?“* *Sprachstörung*
 ja oder Eindruck des Arztes

Risikofaktoren:

Krankenhausaufenthalt in den letzten drei Monaten ja nein

Sturz in den letzten drei Monaten ja nein

Mehr als fünf Medikamente ja nein

Häufig Schmerzen in den letzten Monaten ja nein

Soziale Situation:

Leben Sie allein oder mit einem hilfsbedürftigen Lebenspartner? ja

lebt im betreuten Wohnen Seniorenwohnung Altenpflegeheim

Haben Sie eine Bezugsperson (Lebenspartner / Familie / Freund) auf die Sie sich verlassen können und die häufiger als ein- bis zweimal pro Woche nach Ihnen schaut? ja nein

Ist Ihre Wohnung problemlos zu erreichen (ebenerdig / Lift)? ja nein

Verlassen Sie Ihren Lebensbereich häufiger als ein- bis zweimal pro Woche? ja nein

Einverständnis des/der Patienten/IN eingeholt
 ja nein

Unterschrift: _____

Nur von der Geriatrie auszufüllen

Patient/IN soll geriatrisch behandelt und übernommen werden? ja nein

Diagnostik: **Geriatrische Abteilung**
 STV **MLS**

Therapieziel: **Geriatrische Tagesklinik**

Andere: _____

Fahrdienst von: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____