

# 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: *gestört*  ja  nein  
 Hören: *gestört*  ja  nein  
 Armbewegung *gestört*  ja  nein

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/m<sup>2</sup>*  *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: \_\_\_\_\_