



Geriatrie

Chefärztin Dr. med. T. Senger

Telefon: 06181 - 272 344

Telefax: 06181 - 272 584

E-Mail: geriatrie@vinzenz-hanau.de

Internet: www.vinzenz-hanau.de

Anmeldeformular Geriatrie Hessennach § 39 SGB V:

Patientendaten (Aufkleber)		Anmelder / Einrichtung	
Name, Vorname		stationär seit _____	
geb. _____			
Krankenkasse und Versicherungsnummer		Kontakt auf Station	
		Telefon _____	
Behandlungsart stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/>		Arzt _____	
Wahlleistungen 1-Bett <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/>			
Hausarzt mit Adresse			

behandlungsbegründete Diagnosen:

weitere relevante Diagnosen:

Operation		bei Frakturen (bitte Vorbefunde / CD mitgeben)	
OP Datum	<input type="checkbox"/> voll belastbar	<input type="checkbox"/> teilbelastbar ab _____ mit _____ kg	
	<input type="checkbox"/> übungstabil	<input type="checkbox"/> keine Belastung bis _____	

Status vor Erkrankung und Mobilität		Pflegegrad
<input type="checkbox"/> alleine lebend	<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen	nein
<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/PH	Antrag gestellt
<input type="checkbox"/> eigene Wohnung	<input type="checkbox"/> immobil	Grad: _____ (1 – 5)
<input type="checkbox"/> mit Angehörigen	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel?	
<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig	Welche: _____	
<input type="checkbox"/> familiäre Versorgung	_____	
<input type="checkbox"/> Pflegedienst:	_____	

Kontakt / Ansprechpartner (Name):	
<input type="checkbox"/> Angehöriger	Telefonnummer/n _____
<input type="checkbox"/> VS-Bevollmächtigter	_____
<input type="checkbox"/> Betreuer	

Geriatric typische Multimorbidität (aktuellen Status bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit | <input type="checkbox"/> Immobilität | <input type="checkbox"/> kognitive Defizite/Demenz | <input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung |
| <input type="checkbox"/> rezidivierende Stürze /Gangstörungen | <input type="checkbox"/> Delir | <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung | <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden |
| <input type="checkbox"/> Schwindel/Gleichgewichtsstörung | <input type="checkbox"/> starke Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> verzögerte Rekonvaleszenz | <input type="checkbox"/> Multimedikation (≥5) |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung | | | <input type="checkbox"/> Kontinenzprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schmerz (<input type="checkbox"/> akut / <input type="checkbox"/> chronisch) | | | <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl |

die Patientin / der Patient ist aktuell

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kooperationsfähig | <input type="checkbox"/> selbstständig gehfähig |
| <input type="checkbox"/> orientiert | <input type="checkbox"/> mit Hilfsperson gehfähig |
| <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> nicht gehfähig |
| <input type="checkbox"/> hin-/weglaufgefährdet | |

die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Transfer |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> An-/Ausziehen |
| <input type="checkbox"/> Toilettengang | |

Besonderheiten

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung | <input type="checkbox"/> Kontrakturen | <input type="checkbox"/> Stomaversorgung | <input type="checkbox"/> Demers/Shaldon Katheter |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> NIV/CPAP-Beatmung | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> Dialyse |
| <input type="checkbox"/> Magensonde / PEG | <input type="checkbox"/> O ₂ -Therapie | <input type="checkbox"/> Port | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> chronisch | <input type="checkbox"/> ZVK | _____ |

Hygienerrelevante Erkrankungen (bitte aktuelle Befunde mitschicken)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diarrhöe | |
| <input type="checkbox"/> Clostridoides | <input type="checkbox"/> Norovirus |
| <input type="checkbox"/> VRE | <input type="checkbox"/> 3 MRGN / Erreger und Lokalisation _____ |
| <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> 4 MRGN / Erreger und Lokalisation _____ |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 Abstrich erfolgt | |
| <input type="checkbox"/> positiv | |
| <input type="checkbox"/> negativ | |
| Datum Befund | |

Sonstige _____

Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, da (von Arzt auszufüllen!)

Aktuell bestehende i.v. Therapie
die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
Komplikationen besteht
(z. B. Desorientierung / wahnhafte Symptome / Weglauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust):

_____ bestehende Begleiterkrankungen, die weitere akutmedizinischer Behandlungen bedürfen (bitte Erkrankung anführen):

Weitere Bemerkungen

Rücksprache (Name und Telefon)

Datum

Unterschrift des Arztes

Barthel-Index n. AGAST

Name	Geb.dat.	Datum
------	----------	-------

Punkte**Essen**

- 10 unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck
- 5 braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden
- 0 nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird

Bett/(Roll-)Stuhltransfer

- 15 unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit
- 10 geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich
- 5 erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagerwechsel, Liegen/Sitz selbstständig
- 0 nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird

Waschen

- 5 unabhängig bei Waschen von Gesicht, Händen, Kämmen, Zähneputzen
- 0 nicht selbstständig bei o.a. Tätigkeit

Toilettenbenutzung

- 10 unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)
- 5 benötigt Hilfe, z.B. wg. unzureichenden Gleichgewichts od. Kleidung/Reinigung
- 0 nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird

Baden

- 5 unabhängig bei Voll- und Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit
- 0 nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeit

Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren

- 15 unabhängig beim Gehen über 50m, Hilfsmittel erlaubt, nicht aber Gehwagen
- 10 geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50m gehen
- 5 nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen
- 0 nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren

Treppensteigen

- 10 unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)
- 5 benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen
- 0 nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppensteigen

An- und Auskleiden

- 10 unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)
- 5 benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbstständig durchführen
- 0 nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird

Stuhlkontrolle

- 10 ständig kontinent
- 5 gelegentlich inkontinent, maximal 1x pro Woche
- 0 häufiger/ständig inkontinent

Urinkontrolle

- 10 ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung mit DK/Cystofix
- 5 gelegentlich inkontinent, max. 1x am Tag, Hilfe bei externer Harnableitung
- 0 häufiger/ständig inkontinent

SUMME

- Status bei Aufnahme
- Status bei Entlassung

Aus: Arbeitsgruppe Geriatriches Assessment (AGAST) (Hrsg.) (1995). Geriatriches Basisassessment: Handlungsanleitung für die Praxis. MMV Medizin Verlag: München. Der Einleitungstext wurde ggü. der angegebenen Quelle modifiziert

Zusammenstellung durch AFGiB e.V.