AUGUSTA-KRANKEN-ANSTALT gGmbH
LINDENER ZENTRUM FÜR
ALTERSMEDIZIN UND PFLEGE
MEDIZINISCH-GERIATRISCHE KLINIK
DR.-C.-OTTO-STR. 27, 44879 BOCHUM
☎ 0234-517 4100/4101 - **FAX: 0234- 517 4103**
Chefarzt Dr. med. O. Hagen
Facharzt für Innere Medizin
Klinische Geriatrie
Physikalische Therapie
Palliativ-Medizin

(PATIENTAUFKLEBER)

FALLS PATIENT PRIVAT VERSICHERT IST, BITTE UM ANGABE, OB 1- ODER 2-BETT VERSICHERT

Anfrage zur geriatrischen Auf-/Übernahme

Aktuelle Erkrankung

.....

.....

Zielauftrag Geriatrie

☐ Übernahme/Aufnahme
☐ **wenn Privat, 1 Bett + CA**
☐ **wenn Privat, 2 Bett + CA**

☐ Iso wegen MRSA, Norovirus, Covid etc.

☐ **Impfstatus bezüglich Corona:**
☐ nicht geimpft
☐ 1 x geimpft ☐ 2 x geimpft ☐ geboostert

Abklärung geriatrischer Syndrome

☐ Sturz/Gangstörung
☐ Immobilisationssyndrom
☐ Dekubitus-/Wundversorgung
☐ Chronisches Schmerzsyndrom
☐ Schwindel/Synkope
☐ Inkontinenz
☐ Demenz/Verwirrtheitssyndrome
☐ Malnutrition/Indikationsprüfung PEG
☐ Schluckstörung

Option Frührehabilitation

☐ nach Apoplex
☐ nach Sturz
☐ nach operativem Eingriff
☐ nach kardialer Dekompensation
☐ nach .....
☐ verzögerte Rekonvaleszenz nach .....
.....
☐ es besteht eine volle Belastungsstabilität
☐ es besteht eine Teilbelastung von .....%
☐ Schmerztherapie erforderlich

Patientenspezifisches Assessment

Kognitive Defizite

☐ passagere Verwirrtheit
☐ Orientierungsstörung
☐ Störung der Auffassung/Umsetzung
☐ psychomotorische Unruhe

Neurologische Defizite

☐ Paresen/Lokalisation:
.....
☐ Sprach/Sprechstörungen
☐ Dysphagie

Funktionelle Defizite

☐ bettlägerig
☐ sitzstabil
☐ gehfähig
☐ liegende PEG
☐ liegender Blasenkatheter
☐ Inkontinenz

Grad der Selbständigkeit

Barthel-Index: ..... Punkte

Unterstützungssysteme/Sozialstatus

Pflegegrad: .....
Pflegedienste: .....

Angestrebter Lebensraum

☐ eigene Wohnung
☐ Seniorenheim
☐ unklar

_____ Datum

_____ Unterschrift (Name) Stempel der Einrichtung

_____ Tel.-Nr. **und** Fax **(bitte leserlich!!!!)**

Bitte unbedingt beides angeben!!!!

Barthel Index (BI)

	Punkte:
Essen	
• Unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	**10**
• Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	**5**
• Nicht selbständig, auch wenn oben genannte Hilfe gewährt wird	**0**
Bett/(Roll-)Stuhltransfer	
• Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	**15**
• Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich	**10**
• Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel, Liegen/Sitz selbständig	**5**
• Nicht selbständig, auch wenn oben genannte Hilfe gewährt wird	**0**
Waschen	
• Unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen; Kämmen, Zähneputzen	**5**
• Nicht selbständig bei oben genannter Tätigkeit	**0**
Toilettenbenutzung	
• Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)	**10**
• Benötigt Hilfe, z.B. wg. unzureich. Gleichgewicht oder bei Kleidung/Reinigung	**5**
• Nicht selbständig, auch wenn oben genannte Hilfe gewährt wird	**0**
Baden	
• Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	**5**
• Nicht selbständig bei oben genannter. Tätigkeit	**0**
Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	
• Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	**15**
• Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsm. 50 m gehen	**10**
• Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, Strecke mind. 50 m	**5**
• Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	**0**
Treppensteigen	
• Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	**10**
• Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppesteigen	**5**
• Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppe steigen	**0**
An- und Auskleiden	
• Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)	**10**
• Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbständig durchführen	**5**
• Nicht selbständig, auch wenn oben genannte Hilfe gewährt wird	**0**
Stuhlkontrolle	
• Ständig kontinent	**10**
• Gelegentlich inkontinent, maximal einmal/Woche	**5**
• Häufiger/ständig inkontinent	**0**
Urinkontrolle	
• Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung eines DK/Cystofix	**10**
• Gelegentlich inkontinent,max. einmal/Tag, Hilfe bei ext. Harnableitung	**5**
• Häufiger/ständig inkontinent	**0**

(max. 100 Pkt.)