

Voraussetzungen zur weiterführenden geriatrischen Frührehabilitation:

Datum: _____

| | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Patient ist \geq 70 Jahre | <input checked="" type="checkbox"/> Bisher kein Antrag auf Leistungen nach §40 SGB V |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bestehende Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung (akutmedizinischer Behandlungsbedarf) | <input checked="" type="checkbox"/> Bisher keine geriatrische Komplexbehandlung durchgeführt |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bestehende Indikation der Frührehabilitation (Barthel-Index max. 65 Punkte) | <input checked="" type="checkbox"/> Einverständnis des Patienten/Betreuers zur geriatrischen Frührehabilitation (2 bis 3-wöchig) |

Fachabteilung: _____ Behandelnder Arzt: _____ Tel: _____

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Betreuer: Nein Ja / Name: _____ Tel: _____

Versicherung: GKV PKV Zusatzversicherung Chefarzt 1-Bett 2-Bett
 Umfeld: Patient lebt alleine mit Angehörigen im Altenheim (Pflegegrad: __)

Aktueller Barthel-Index: _____ Punkte

Hauptdiagnose: _____

 Nebendiagnose(n): _____

Bei Fraktur → OP-Datum: _____ Belastung: Voll Teilbelastung mit _____ kg ZVK Drainage, wo _____ Vacuum-Pumpe, wo _____ Tracheostoma

Sonstiges: _____

| | |
|---|--|
| MRGN <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Ort: _____ | Wir bitten um Verständnis, dass wir nur Patienten aufnehmen können, wenn ein mikrobiologisches Monitoring vorliegt. |
| MRSA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Ort: _____ | |
| Clostridium diff. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ | |
| Andere: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Erreger: _____ | |

Vigilanz: Wach Somnolent KomatösOrientierung: Klar gelegentlich desorientiert DesorientiertDemenz bekannt Unklar NeinDekubitus Nein Ja → Grad/Ort: _____
 Behandlungsziel: _____
 _____ Gewünschter
 _____ Verlegungstermin: _____

Unterschrift anmeldender Arzt / Ärztin: _____ **Tel. und Fax:** _____
 Bitte immer einen ausführlichen Verlegungsbericht inkl. genauer Medikationsangabe mitgeben
Per Fax an 0251 50072318 (Sekretariat Klinik für Innere Medizin I)

Durchführung des Barthel-Index

Datum: _____

| | | |
|---------------------------------|--|-----------|
| Essen | komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung | 10 |
| | Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung | 5 |
| | kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung | 0 |
| Aufsetzen & Umsetzen | komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-) Stuhl und zurück | 15 |
| | Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) | 10 |
| | erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) | 5 |
| | wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert | 0 |
| Sich waschen | vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren | 5 |
| | erfüllt "5" nicht | 0 |
| Toilettenbenutzung | vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung | 10 |
| | vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich | 5 |
| | benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl | 0 |
| Baden/Duschen | selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen | 5 |
| | erfüllt "5" nicht | 0 |
| Aufstehen & Gehen | ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen | 15 |
| | ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen | 10 |
| | mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl | 5 |
| | erfüllt "5" nicht | 0 |
| Treppensteigen | ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen | 10 |
| | mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter | 5 |
| | erfüllt "5" nicht | 0 |
| An- und Auskleiden | zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus | 10 |
| | kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind | 5 |
| | erfüllt "5" nicht | 0 |
| Stuhlkontinenz | ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung | 10 |
| | ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung | 5 |
| | ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent | 0 |
| Harninkontinenz | ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) | 10 |
| | kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems | 5 |
| | ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent | 0 |

Summe

Patientenetikett

Unterschrift / HZ