



**Patientenanmeldung:**  
**Tel.: 04152 171-410 /-411**

**Fax: 04152/ 171-420**

<b>Patientendaten/-aufkleber:</b>		<b>Aufnahme stat. Wahlleistungen</b>	
Patientenvor- und zuname:		<b>Zuzahlungspflichtig:</b>	
Geb.-Datum:	einweisendes/r KH/Arzt:	Privatärztliche Leistungen	
Anschrift des Patienten:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pat.-Tel.:		Zimmerwunsch	
Angehörige-Tel.:		<input type="checkbox"/> 1 Bett <input type="checkbox"/> 2 Bett	
Krankenkasse:	Versichertennummer:		
<b>Aufnahme für : Stationär <input type="checkbox"/></b>		<b>Teilstationär <input type="checkbox"/></b>	
<b>Multimorbiditätsgrad</b>		<b>Au</b>	
<b>(relevante Störung-Zutreffendes ankreuzen)</b>		<b>Te</b>	
Sturzneigung	<input type="checkbox"/> 1	<b>! Wichtiger Hinweis:</b> unsere <b>Tagesklinik</b> ist zur Zeit geschlossen	
Mobilitätsstörung	<input type="checkbox"/> 1		
Fehl-/Mangelernährung	<input type="checkbox"/> 1		
Schmerzen	<input type="checkbox"/> 1		
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> 1		
Wunden	<input type="checkbox"/> 1		
Depression/Angst/Verhaltensstörung	<input type="checkbox"/> 1		
Reduzierte Belastbarkeit	<input type="checkbox"/> 1		
Gebrechlichkeit	<input type="checkbox"/> 1		
Stimm-/Sprech-/Sprachstörung	<input type="checkbox"/> 1		
Kognitive Störung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> kann in Begl <input type="checkbox"/> Transport mit Rollstuh <input type="checkbox"/> benötigt Rollator	
Seh- und Hörstörung	<input type="checkbox"/> 1	<b>Hauptdiagnose:</b>	
<b>Summe</b>		<b>Nebendiagnosen:</b>	
		<input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	
		<b>Impfstatus Covid-19 vorh.</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Abschließende Beurteilung für den Rehabilitationsweg</b>			
<input type="checkbox"/> Alter >=70 Jahre Multimorbiditätsgrad <2: Indikationsspezifische Reha			
<input type="checkbox"/> Alter >70 Jahre Multimorbiditätsgrad >=2: Anmeldung Geriatrie, Bogen weiter bearbeiten			
<b>Nachgewiesene Infektion:</b>		<b>Belastung:</b>	
<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> Gastroenteritis <input type="checkbox"/> Covid-19		Vollbelastung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Teilbelastung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bemerkungen:		kg	
<b>Besonderheiten:</b>		<b>Pflegegrad</b>	
<input type="checkbox"/> Palliative Versorgung <input type="checkbox"/> besondere Medikamente: z.B. Chemotherapie/ Biologicals:		<input type="checkbox"/> Anus Praeter <input type="checkbox"/> PEG/Nasogastr. Sonde <input type="checkbox"/> Dialyse Tage:	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> ja <b>1 2 3 4 5</b>	
<b>Kooperationsfähigkeit:</b>			
<input type="checkbox"/> Pat. ist motiviert, zumindest nicht ablehnend.			
<input type="checkbox"/> Pat. kann zumindest einfachen Aufforderungen nachkommen.			
<input type="checkbox"/> Pat hat keine Hinlauftendenz.			
<input type="checkbox"/> Pat. hat kein weit fortgeschrittenes Tumorleiden.			
<b>Was soll bei dem Patienten verbessert werden?</b>		<b>Orientierung</b>	
(Mehrfachnennung möglich):			
<input type="checkbox"/> Belastbarkeit	<input type="checkbox"/> Gangfähigkeit	zeitlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> Gangsicherheit	örtlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Schlucken	<input type="checkbox"/> ADL (waschen, anziehen)	zur Person	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Einw. Stelle :</b>	<b>Beh. Arzt:</b>		
<b>Verl. Station/Tel.:</b>	<b>Gewünschte Verlegung:</b>		

Johanniter Geriatrie und Tagesklinik • Johannes-Ritter-Str. 100 • 21502 Geesthacht

Bitte ausgefüllt faxen an die Patientenmeldung: 04152/ 171-420

<b>Hamburger Barthel-Index</b>		<b>Items</b>
<b>Essen</b>	komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 10
	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung , aber selbständiges Einnehmen	<input type="checkbox"/> 5
	kein selbständiges Einnehmen	<input type="checkbox"/> 0
<b>Aufsetzen/ Umsetzen</b>	komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück	<input type="checkbox"/> 15
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	<input type="checkbox"/> 10
	erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	<input type="checkbox"/> 5
	wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	<input type="checkbox"/> 0
<b>Waschen</b>	vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	<input type="checkbox"/> 5
	erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
<b>Toiletten- benutzung</b>	vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette /-stuhl	<input type="checkbox"/> 10
	vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- /Toilettenstuhlbenutzung	<input type="checkbox"/> 5
	benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> 0
<b>Baden / Duschen</b>	selbständiges Baden oder Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen+abtrocknen	<input type="checkbox"/> 5
	erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
<b>Gehen</b>	unabhängig beim Gehen über 50m, Hilfsmittelerlaubt, Gehwagen nicht	<input type="checkbox"/> 15
	mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Hilfsmitteln) gehen	<input type="checkbox"/> 10
	Strecken im Wohnbereich bewältigen alternativ: komplett selbständig mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/> 5
	erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
<b>Treppen- steigen</b>	ohne personelle Hilfe (ggf. mit Hilfsmittel) mindestens ein Stockwerk bewältigen	<input type="checkbox"/> 10
	mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	<input type="checkbox"/> 5
	erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
<b>An- und Auskleiden</b>	zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe an und aus	<input type="checkbox"/> 10
	kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus	<input type="checkbox"/> 5
	erfüllt "5" nicht	<input type="checkbox"/> 0
<b>Stuhl- kontrolle</b>	ist stuhlinkontinent, selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen/AP-Versorgung	<input type="checkbox"/> 10
	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> 0
<b>Harn- kontrolle</b>	ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> 10
	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag inkontinent, Hilfe bei ext. Harnableitung	<input type="checkbox"/> 5
	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	<input type="checkbox"/> 0
<b>Summe (Bereich 0-100)</b>		