



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

Fax: 04152/ 171-420

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

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

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

Hamburger Barthel-Index		Items
Essen	komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 10
	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung , aber selbständiges Einnehmen	<input type="checkbox"/> 5
	kein selbständiges Einnehmen	<input type="checkbox"/> 0
Aufsetzen/ Umsetzen	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
Waschen	vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	<input type="checkbox"/> 5
	erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
Toiletten- benutzung	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
Baden / Duschen	selbständiges Baden oder Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen+abtrocknen	<input type="checkbox"/> 5
	erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
Gehen	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
Treppen- steigen	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
An- und Auskleiden	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
Stuhl- inkontinenz	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
Harn- inkontinenz	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
Summe (Bereich 0-100)		