

Achtung! Neue Anschrift:

Krankenhaus Geesthacht GmbH • Klinik für Geriatrie • Am Runden Berge 3 • 21502 Geesthacht
Fax: 04152/ 171-420 • E-Mail: info@joga.johanniter.de

Anmeldeformular -Geriatrie- Teil 1

Bitte vollständig ausgefüllt an die Patientenmeldung 04152/ 171-420 faxen oder per E-Mail an info@joga.johanniter.de senden.

Patientendaten/-aufkleber Vor- und Zuname: Geb.-Datum: einweisendes/r KH/Arzt: Anschrift Patient: Kontakt/Tel. Patient: Kontakt/Tel. Angehörige: Krankenkasse: Versichertennummer:		Aufn. stat. Wahlleistungen zuzahlungspflichtig: Privatärztliche Leistungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zimmerwunsch <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett Zusatzversicherung Vers. Nr.:	
Multimorbiditätsgrad (relevante Störung bitte ankreuzen)		Diagnosen	
Sturzneigung	<input type="checkbox"/> 1	Hauptdiagnose(n)	
Mobilitätseinschränkung	<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	Nebendiagnose(n)	
Depressionen/Angst/Verhaltensstörung	<input type="checkbox"/> 1	.....
Reduzierte Belastbarkeit	<input type="checkbox"/> 1	.....
Gebrechlichkeit	<input type="checkbox"/> 1	.....
Stimm-/Sprech-/Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> 1	.....
Kognitive Störungen	<input type="checkbox"/> 1	.....
Seh- und Hörstörungen	<input type="checkbox"/> 1	.....
Summe:	.....	.....
Infektion		Belastung	
<input type="checkbox"/> V.a.: <input type="checkbox"/> Bestätigt:	Lokalisation	<input type="checkbox"/> Voll-/ <input type="checkbox"/> Teilbelastung	
<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> 3 MRGN <input type="checkbox"/> 4 MRGN	.....	..... kg	
<input type="checkbox"/> Gastroenteritis <input type="checkbox"/> Covid-19 <input type="checkbox"/> Sonstiges .....	.....	.....
Besonderheiten			
<input type="checkbox"/> besondere Medikamente (z.B. Chemotherapie/ Biologicals, u.ä.)	<input type="checkbox"/> Dialyse (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Sa. <input type="checkbox"/> So., <input type="checkbox"/> Vormittag <input type="checkbox"/> Nachmittag	<input type="checkbox"/> Anus Praeter <input type="checkbox"/> PEG/nasogastrale Sonde <input type="checkbox"/> Palliative Versorgung <input type="checkbox"/> Sonstiges	
<input type="checkbox"/> Sprachbarriere Ggf. Fremdsprache:			
Wunden		Pflegegrad	
.....		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt 1 2 3 4 5	
Kooperationsfähigkeit		Orientierung	
<input type="checkbox"/> ist motiviert, zumindest nicht ablehnend		<input type="checkbox"/> zeitlich orientiert	
<input type="checkbox"/> kann zumindest einfachen Aufforderungen nachkommen		<input type="checkbox"/> örtlich	
<input type="checkbox"/> keine Hin-/Weg-/Wandertendenzen		<input type="checkbox"/> situativ	
<input type="checkbox"/> kein weit fortgeschrittenes Tumorleiden		<input type="checkbox"/> zur eig. Person	
Welche Verbesserung soll angestrebt werden			
<input type="checkbox"/> Belastbarkeit <input type="checkbox"/> Sprache/Sprechen <input type="checkbox"/> Schlucken <input type="checkbox"/> Gangfähigkeit <input type="checkbox"/> Gangsicherheit <input type="checkbox"/> ADL (waschen, anziehen, u.ä.) <input type="checkbox"/> Sonstiges			
Einw. Stelle:		Beh. Arzt:	
.....		
Verl. Station/ Tel.:		Gewünschte Verlegung:	
.....		

Achtung! Neue Anschrift:

Krankenhaus Geesthacht GmbH • Klinik für Geriatrie • Am Runden Berge 3 • 21502 Geesthacht
Fax: 04152/ 171-420 • E-Mail: info@joga.johanniter.de

Anmeldeformular -Geriatrie- Teil 2

Bitte vollständig ausgefüllt an die Patientenmeldung 04152/ 171-420 faxen oder per E-Mail an info@joga.johanniter.de senden.

Patientenetikett

Hamburger Manual Barthel-Index		Pkt.
Essen	komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung	<input type="checkbox"/> 10
	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung	<input type="checkbox"/> 5
	kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung	<input type="checkbox"/> 0
sich auf-/ sich 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
sich waschen	vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	<input type="checkbox"/> 5
	erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
Toilettenbenutzung	vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette/Toilettenstuhl inkl. Spülung/Reinigung	<input type="checkbox"/> 10
	vor Ort Hilfe od. Aufsicht bei Toiletten-/Toilettenstuhlbenutzung od. deren Spülung/Reinigung	<input type="checkbox"/> 5
	benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> 0
 duschen/ baden	selbständiges Baden oder Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen u. 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
Treppe 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
Stuhlkontrolle	ist stuhlkontinent, 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
Harnkontrolle	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)		

Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen. Sollten (z.B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.