

Anmeldebogen Abteilung Geriatrie

Patientendaten/Patientenkleber

Patientenname:
Geburtsdatum:
Adresse:
Krankenkasse :

St. Josefs Krankenhaus Gießen gGmbH

Abteilung Geriatrie
Liebigstr. 24
35392 Giessen
Tel.: 0641 – 7002 – 572 (bis 13.30 Uhr)
Fax: 0641 – 7002 – 223
Email: geriatrie@jok-gi.de
Internet: www.jok-gi.de



Hiermit bitten wir um Übernahme o. g. Patient/in in die Geriatriische Abteilung.

Gewünschter Übernahmetermin: _____

NUR bei **WAHLEISTUNGSVERSICHERUNG** : Einbettzimmer Zweibettzimmer

Aktuelle Diagnosen / Probleme: _____

Vorbestehende Erkrankungen: _____

Ausstehende Diagnostik: _____

Orientierung: voll orientiert gelegentlich desorientiert überwiegend desorientiert

Demenz: keine leicht mittel schwer Weglauftendenz

Gesetzliche Betreuung besteht ? Ja Nein

Wahrnehmung: Sehbehinderung ja / nein Hörbehinderung ja / nein

Barthelindex: Punkte (siehe 3. Zettel) **Pflegestufe:** 0 - 1 - 2 - 3 (bitte ankreuzen)

Wunden ? ja / nein (**bei Wunden ist ein MRSA-Abstrich-Ergebnis Aufnahmevoraussetzung!!!**)

Lokalisation Wunde: _____

Bisherige Unterbringung/Versorgung:

Eigene Wohnung/Haus: alleine mit Partner/Angehörige mit amb. Pflegedienst

Dauerversorgung Pflegeheim Sonstiges _____

Ansprechpartner/Telefon von Angehörigen: _____

Sozial- Geriatriisches Behandlungsziel: Rückkehr in die eigene Wohnung

Betreuung durch ambulante Dienste Sonstiges _____

Bei Frakturen Extremitäten/Becken: Vollbelastung Teilbelastung

Bei Teilbelastung (auch postoperativ):

a) Belastung (mit kg) für welche Dauer

b) Weiteres Prozedere bei Teilbelastung angeben (Röntgen- Kontrolle o. ä.):

Bei Wirbelkörperfraktur: darf Pat.: stehen sitzen

mit Korsett versorgt: ja nein

Indikation zur Kyphoplastie abgeklärt? (MRT / CT durchgeführt ?) ja nein

Bemerkungen/Besonderheiten: _____

Anmelde-Informationen (für evtl. Rückfragen):

Hausarzt der/des Pat. _____

Anmeldender Arzt: _____

Klinik: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Unterschrift anmeldender Arzt: _____

Zustimmungserklärung:

Einer Verlegung in die geriatrische Abteilung am St. Josefs Krankenhaus Gießen stimme ich zu. Mit der Teilnahme an einer aktivierenden Pflege („Pflege zur Selbsthilfe,“) bei gleichzeitiger ergo- und physiotherapeutischer Behandlung zur Steigerung der Eigeninitiative bin ich während des 3- wöchigen Aufenthaltes einverstanden.

Unterschrift Patient oder Betreuer: _____

**Bitte ausgefüllten Bogen am schnellsten per
Fax 0641 / 7002 – 223 zustellen.
Bitte in Druckbuchstaben und deutlich schreiben !!**

Barthelindex (Hamburger Manual) von Pat.:

			Datum
Benennung	Pkt.	Beschreibung	
Essen	10	Komplett selbständig ODER selbständige PEG / MS- Versorgung	
	5	Hilfe bei der mundgerechten Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen der Mahlzeit ODER Hilfe bei der PEG / MS- Versorgung	
	0	Kein selbständiges Einnehmen von Speisen und Getränken UND keine PEG / MS Ernährung	
Auf- und Umsetzen	15	Komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-) Stuhl UND zurück	
	10	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienkraft) in der einer oder anderen o. g. Phase	
	5	Aufrichten in den Sitz an die Bettkante UND / ODER Transfer in Rollstuhl mit erheblicher Hilfe (geschulte Laienkraft oder professionelle Hilfe)	
	0	Erfüllt das Kriterium nicht, wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	
Sich waschen	5	Vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	
	0	Erfüllt das Kriterium nicht	
Toilettenbenutzung	10	Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung / Reinigung	
	5	Vor Ort Aufsicht oder Hilfe bei Toiletten- oder Toilettenbenutzung ODER deren Spülung / Reinigung erforderlich	
	0	Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	
Baden / Duschen	5	Selbständiges Baden oder Duschen incl. Ein- / Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	
	0	Erfüllt das Kriterium nicht	
Aufstehen und Gehen	15	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen UND mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcke / Gehstützen) gehen	
	10	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen UND mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens selbständig gehen	
	5	Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen ODER im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	
	0	Erfüllt das Kriterium nicht	
Treppe steigen	10	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. mit Stöcken / Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf UND hinuntersteigen	
	5	Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf UND hinuntersteigen	
	0	Erfüllt das Kriterium nicht	
An- und Auskleiden	10	Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung und Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel, z.B. ATS, Prothesen) an UND aus	
	5	Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an UND aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	
	0	Erfüllt das Kriterium nicht	
Stuhlkontinenz	10	Ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder der Anus- praeter Versorgung	
	5	Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x / Woche stuhlinkontinent ODER benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen bzw. der Anus- praeter Versorgung	
	0	Ist durchschnittlich mehr als 1x / Woche stuhlinkontinent	
Harnkontinenz	10	Ist harnkontinent ODER kompensiert die Harninkontinenz bzw. versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	
	5	Kompensiert die 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	
	0	Ist durchschnittlich mehr als 1x / Tag harninkontinent	
Summe		von 100 Punkten	

Bitte Hilfsmittel wie z. B. Rollator zur Aufnahme mitbringen !