

Anmeldebogen Geriatrie

Gültigkeitsbereich: JOK

Dokumentenart: QA



St. Josefs Krankenhaus Giessen g GmbH
Abteilung Geriatrie
Wilhelmstraße 7
35392 Gießen

Pat. Aufkleber

Tel.: 0641 / 70 02 – 572 (bis 13.30 Uhr)
Fax: 0641 / 70 02 – 223
E-Mail: geriatrie@jok-gi.de
Internet: www.jok-gi.de

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

Gewünschter Übernahmetag: _____

NUR bei **WAHLEISTUNGSVERSICHERUNG**: Einbettzimmer Zweibettzimmer

Aktuelle Diagnosen / Probleme: _____

Vorbestehende Erkrankungen: _____

Ausstehende Diagnostik: _____

Orientierung: voll orientiert gelegentl. desorientiert überw. desorientiert

Demenz: keine leicht mittel schwer

Weglauftendenz

Gesetzliche Betreuung besteht? ja nein

Wahrnehmung: Sehbehinderung ja nein Hörbehinderung ja nein

Barthelindex: _____ Punkte

Wunden? ja nein

Lokalisation Wunde: _____

!!!bei Wunden ist ein MRSA-Abstrich-Ergebnis Aufnahmevoraussetzung!!!

Bisherige Unterbringung/Versorgung:

Eigene Wohnung/Haus: alleine mit Partner / Angehörige

amb. Pfleged. Dauerversorgung Pflegeheim

Sonstiges: _____

Sozial- Geriatriisches Behandlungsziel:

Rückkehr in die eigene Wohnung

Betreuung durch amb. Dienste

Sonstiges: _____

Anmeldebogen Geriatrie

Gültigkeitsbereich: JOK

Dokumentenart: QA



Bei Frakturen Extremitäten/Becken:

Vollbelastung Teilbelastung

Bei Teilbelastung (auch postoperativ):

a) Belastung (mit kg) für welche Dauer _____

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

Bei Wirbelkörperfraktur: darf Pat.

stehen

sitzen

mit Korsett versorgt:

ja

nein

Indikation zur Kyphoplastie geklärt

ja

nein

MRT / CT durchgeführt

ja

nein

Ist Pat. von einem Beatmungsgerät (z. B. BIPAP) abhängig?

ja

nein

Bemerkungen/Besonderheiten:

Anmelde - Informationen (für evtl. Rückfragen):

Hausarzt der / des Patienten:

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 / 70 02 – 223 zustellen.**

Bitte in Druckbuchstaben und deutlich schreiben!

Anmeldebogen Geriatrie

Gültigkeitsbereich: JOK

Dokumentenart: QA



			Datum
Essen	Pkt.	Beschreibung	
	10	Komplett selbstständig ODER selbstständige PEG / MS Versorgung	
	5	Hilfe bei der mundgerechten Vorbereitung, aber selbständiges hinnehmen der Mahlzeiten ODER Hilfe bei PEG/MS- Versorgung	
	0	Kein selbstständiges Einnehmen von Speisen und Getränken UND keine PEG/MS Ernährung	
Hilfe wegen Defiziten bei der selbstständigen Nahrungsaufnahme			Hz.
Auf- und Umsetzen	15	Komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-) Stuhl UND zurück	
	10	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienkraft) in der einen oder anderen o. g. Phase	
	5	Aufrichten in den Sitz an die Bettkante UND / ODER Transfer in den Rollstuhl mit erheblicher Hilfe (geschulte Laienkraft oder professionelle Hilfe)	
	0	Erfüllt das Kriterium nicht, wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	
Mobilisations- und Transfertraining			Hz.
Sich waschen	5	Vor Ort komplett selbstständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	
	0	Erfüllt das Kriterium nicht	
Waschtraining bzw. gezielte Hilfeleistung bei der hygienischen Selbstpflege			Hz.
Toilettenbenutzung	10	Vor Ort komplett selbstständige 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	
Toilettengang wurde trainiert			Hz
Baden / Duschen	5	Selbstständiges 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 50m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcke / Gehstützen) gehen	
	10	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen UND mindestens 50m mit Hilfe eines Gehwagens selbstständig gehen	
	5	Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in der Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen ODER im Wohnbereich komplett selbstständig im Rollstuhl	
	0	Erfüllt das Kriterium nicht	
Transfertraining wurde durchgeführt			Hz
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	
Anziehtraining durchgeführt			Hz
Stuhlkontinenz	10	Ist stuhlkontinent, 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 AP-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 harnkontinent	
Summe			