



AGAPLESION EVANGELISCHES KRANKENHAUS MITTELHESSEN, Gießen

EKM Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

Patientenaufkleber		Anmelder/Einrichtung:	
		stationär seit:	
Krankenkasse	Behandlungsart stationär <input type="checkbox"/>	Kontakt auf Station	
Regelunterbringung <input type="checkbox"/> Wahlleistungen 1-Bett <input type="checkbox"/>	Chefarzt <input type="checkbox"/>	Telefon _____	
Hausarzt /Tel.:		Arzt _____	

behandlungsbegründende Diagnosen:

weitere relevante Diagnosen:

Operation:	Bei Frakturen (bitte Vorbefunde/ CD mitgeben)
OP-Datum:	<input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> teilbelastbar ab _____ mit ____kg <input type="checkbox"/> übungstabil <input type="checkbox"/> keine Belastung bis _____

Status vor Erkrankung und Mobilität

Pflegegrad

- allein lebend
- selbständig
- eigene Wohnung
- mit Angehörigen
- hilfsbedürftig
- familiäre Versorgung
- Pflegedienst: _____
- betreutes Wohnen
- Kurzzeitpflege/PH
- immobil
- Hilfsmittel
- Welche ?

- nein
- Antrag gestellt
- Grad: ____ (1-5)

Kontakt Ansprechpartner:

- Angehöriger
- VS-Bevollmächtigter
- Betreuer

Name, Vorname: _____

Telefon-Nr. _____

Geriatrie typische Multimorbidität (aktuellen Status bitte ankreuzen)

- Gebrechlichkeit/Immobilität
- rezidivierende Stürze/Gangstörung
- Schwindel/Gleichgewichtsstörung
- Exsikkose/Elektrolytentgleisung
- Schmerz akut chronisch
- kognitive Defizite/Demenz
- Delir
- Depression/Angststörung
- starke Sehbehinderung
- verzögerte Rekonvaleszenz
- Mangel-/Fehlernährung
- Dekubitus/Wunden
- Multimedikation (≥ 5)
- Kontinenzprobleme
- Urin Stuhl



Die Patientin/ der Patient ist aktuell

- kooperationsfähig selbständig gehfähig orientiert mit Hilfsperson gehfähig
- verwirrt nicht gehfähig hin-/weglaufgefährdet Rollstuhlfahrer

die Patientin/ der Patient benötigt Hilfe beim

- Essen Waschen Toilettengang Transfer An-/ Ausziehen

Bitte Barthel-Index Seite 3 ergänzen!

Besonderheiten

- Sprachstörung Kontrakturen Stomaversorgung
- Schluckstörung Demers/Shaldon Katheter Dialyse
- Magensonde/ PEG NIV/CPAP-Beatmung Blasenkatheter
- Tracheostoma O2-Therapie Port Sonstiges
- aktuell chronisch ZVK
- Sonstiges _____

Hygienerrelevante Erkrankungen (bitte aktuelle Befunde mitschicken)

- Diarrhöe Clostridoides Norovirus
- VRE 3 MRGN / Erreger und Lokalisation _____
- MRSA 4 MRGN / Erreger und Lokalisation _____
- COVID-19 Abstrich erfolgt am _____ positiv negativ
- Sonstige _____

Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, da: (vom Arzt auszufüllen!)

- aktuell bestehende i.v. Therapie
- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- Komplikationen bestehen:
 - Desorientiertheit wahnhafte Symptome Weglauftendenz Wundkomplikationen
 - Sehverlust/ Hörverlust) Sonstige _____
- bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen (bitte Erkrankung anführen):

Weitere Bemerkungen

BITTE SENDEN AN:

AGAPLESION Evangelisches Krankenhaus
 Mittelhessen
 Paul-Zipp-Straße 171
 35398 Gießen
 Tel.: 0641/ 9606-3314
 Fax.: 0641/ 9606-3316
 Geriatrie.EKM@agaplesion.de

Rücksprache (Name und Telefon)

Unterschrift des Arztes



Barthelindex (Hamburger Manual)

Funktion	Pkt.	Beschreibung	Datum	Datum	Datum	Datum
Essen	10	komplett selbständig ODER selbständige PEG/ MS Versorgung				
	5	Hilfe bei der mundgerechten Vorbereitung, aber selbständiges einnehmen der Mahlzeiten ODER Hilfe bei PEG/ MS-Versorgung				
	0	kein selbständiges Einnehmen von Speisen und Getränken UND keine PEG/ MS-Ernährung				
Auf- & Umsetzen	15	komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-) Stuhl UND zurück				
	10	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) in der einen oder andren o. g. Phase				
	5	Aufrichten in den Sitz an die Bettkante UND / ODER Transfer in den Rollstuhl mit erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe 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 Toilettenstuhlbenutzung 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 & 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 personale 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- & 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 stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder der Anuspraeter-Versorgung				
	5	ist durchschnittliche nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent ODER benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen bzw. 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 harninkontinent				

Summe: _____