

Geriatrische Abteilung

Hr. Dr. J. Schwab, Chefarzt

Datum:	Bitte Fax an 06421 / 808-597
(Patientenetikett) Name: Vorname: Geb.-Datum: Wahlleistung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Absender: Ansprechpartner: Telefon: Unterschrift: Telefon der Station Gewünschter Verlegungstermin:
Hauptdiagnose / Verlauf	Weitere Diagnosen:
Bei Frakturen: <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung mitkg fürWochen	Multiresistente Erreger: <input type="checkbox"/> positiv --> Spezies:..... <input type="checkbox"/> negativ
Kurze Patientenbeschreibung:	
Soziale Situation vor Erkrankungsbeginn: <input type="checkbox"/> wohnt allein Sozial <input type="checkbox"/> ausreichend versorgt <input type="checkbox"/> wohnt im Altenheim <input type="checkbox"/> unzureichend versorgt <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Orientierung des Patienten aktuell: <input type="checkbox"/> voll orientiert <input type="checkbox"/> partiell orientiert <input type="checkbox"/> desorientiert bekannte Demenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aktivitäten des täglichen Lebens (BARTHEL-Index)	
	selbstständig benötigt Begleitung benötigt fremde Hilfe nicht selbstständig
1. Essen	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
2. Bett/(Rollstuhl)-Transfer	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
3. Waschen (Oberkörper)	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
4. Toilettengang	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
5. Baden	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
6. Gehen/Rollstuhlfahren	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
7. Treppensteigen	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
8. An-/Auskleiden	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
9. Stuhlkontrolle	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
10. Urinkontrolle	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
Gesamtpunktzahl:/100	
Alltagsrelevante Fähigkeiten des Patienten vor stationärer Aufnahme: <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Selbständig mobil <input type="checkbox"/> mit Hilfe mobil <input type="checkbox"/> alltagsselbständig <input type="checkbox"/>	
Besonderes / Rehaziel:	