

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 Bei Einweisungen aus dem ambulanten Bereich ist vom einweisenden Arzt ein COVID-Abstrich durchzuführen, sofern Patient/in COVID-Symptome aufweist!				
Kurze Patientenbeschreibung:					
Soziale Situation vor Erkrankungsbeginn: <input type="checkbox"/> wohntallein Sozial <input type="checkbox"/> ausreichend versorgt <input type="checkbox"/> wohntim 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"/>	(Punkte)
4. Toilettengang	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	(Punkte)
5. Baden	5 <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"/>	(Punkte)
8. An-/Auskleiden	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	(Punkte)
9. Stuhlkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	(Punkte)
10. Urinkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <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:					