

Klinikum Bremen Nord	
Geriatrie	Fon:0421 6606 1802 Fax:0421 6606 1806
Tagesklinik	Fon:0421 6606 1805 Fax:0421 6606 1851
Hammersbeckerstr. 228 28755 Bremen	

Klinikum Bremen Ost	
Geriatrie	Fon:0421 408 2516 Fax:0421 408 2305
Tagesklinik	Fon:0421 408 2025 Fax:0421 408 2026
Züricher Str. 40 28325 Bremen	

Absender:	- Stempel -
Datum:	
Station:	
Telefon:	
Fax:	
Arzt:	

St. Joseph-Stift Bremen	
Geriatrie	Fon:0421 347 1655 Fax:0421 347 1651
Tagesklinik	Fon:0421 347 1666 Fax:0421 347 1667
Schwachhauser Heerstr. 54 28209 Bremen	

Klinikum Bremerhaven	
Geriatrie	Fon:0471 299 3690 Fax:0471 299 3743
Tagesklinik	Fon:0471 299 3742 Fax:0471 299 3743
Postbrookstr. 103 27574 Bremerhaven	

Stand 11/2012

Anmeldung Akutgeriatrie (§ 39 SGB V)

Patient der allg. Pflegeklasse
Patient mit Wahlleistung
2-Bett-Zimmer
1-Bett-Zimmer

zur Aufnahme in der Medizinisch-Geriatriischen Klinik
in der Tagesklinik

Patient/Patientin:

Name, Vorname:

Geburtsdatum :

-Aufkleber/Stempel-

Wohnort: :

Telefon: :

Krankenkasse :

Angehörige: (Kontaktadresse, genaue Adresse und Telefon-Nr.)

Vorbehandelnder Arzt:

<i>Hauptdiagnose:</i>	<i>Operation Datum</i>	<i>Gewünschter Übernahmetermi</i>
Bei Fraktur: Belastbarkeit:		
<i>Nebendiagnosen</i>	<i>Medikation</i>	
<i>MRE-Status</i>		

Beurteilung (durch Geriatrie auszufüllen)

Stationäre Übernahme	MRSA- Screening ?
Teilstationäre Übernahme / TK	
Keine Übernahme / Begründung:	
WV im Verlauf Wann?:	Besonderheiten:
AHB / Reha nach § 40 SGB V	Isolation? O2-Pflicht ? Demenz/ Delir? EZ notwendig?
Kostenübernahme durch Krankenkasse abklären	
Weiteres / Kommentar:	

Aktuelle medizinische Probleme:**Fähigkeitstörungen / Barthel-Index**

		<i>Punkte</i>
1) Essen	Selbstst. oder selbst. PEG-Versorgung	10
	Hilfe bei Vorbereitung, aber selbstständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung	5
	Kein selbstständiges Einnehmen	0
2) Aufsetzen / Umsetzen	Komplett selbstständig aus dem Liegen in den Stuhl und zurück	15
	Aufsicht oder geringe Hilfe	10
	Erhebliche (professionelle) Hilfe	5
	Faktisch kein Transfer	0
3) Sich Waschen	Komplett selbstständig (incl. Rasieren, Zähneputzen, Frisieren)	5
	Nicht selbstständig	0
4) Toilettenbenutzung	Komplett selbstständig	10
	Hilfe oder Aufsicht	5
	Benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl	0
5) Baden / Duschen	Selbstständig	5
	Nicht selbstständig	0
6) Aufstehen / Gehen	Ohne Aufsicht oder Hilfe in den Stand, Gang von 50 m ohne Gehwagen (Gehstock oder Stützen erlaubt)	15
	Wie oben, Gang von 50 m mit Gehwagen	10
	Mit Hilfe i. d. Stand, kurze Strecken mit Gehwagen oder selbstständig im Rollstuhl im Wohnbereich	5
	Erfüllt „5“ nicht	0
7) Treppensteigen	Ohne Hilfe mindestens 1 Stockwerk	10
	Mit Aufsicht oder Hilfe mindestens 1 Stockwerk	5
	Erfüllt „5“ nicht	0
8) An- und Auskleiden	Selbstständig in angemessener Zeit komplett	10
	Mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig (50% selbstständig)	5
	Nicht selbstständig, auch mit oben gen. Hilfe	0
9) Stuhlkontinenz	Stuhlkontinent	10
	Nicht mehr als 1 x/Woche inkontinent	5
	> 1x/Woche stuhlinkontinent	0
10) Harnkontinenz	Harnkontinent, oder selbstständig mit DK	10
	Max. 1x/ Woche inkontinent	5
	Häufiger oder ständig inkontinent	0
ZWISCHENSUMME		
Frühreha-Barthel:		
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand		-50
Absaugpflichtiges Tracheostoma		-50
Intermittierende Beatmung		-50
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)		-50
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)		-50
Schwere Verständigungsstörung		-25
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung		-50
GESAMTSUMME		

Pflegerische Probleme

PPR

A _____ S _____

Dekubitus (wo)

Sonden (Art)

Katheter (Art)

Hygiene / Isolationsmaßnahmen:

Hilfsmittel

z.B. Gehhilfe, Rollstuhl, Prothese, etc

Soziale Unterstützung

Wohnsituation

Soziale Kontakte und Hilfen

Entlassung wohin möglich ?

Sonstiges: