

Klinikum Bremen Nord
 Geriatrie Fon:0421 6606 1802
 Fax:0421 497 19 97111
 Tagesklinik Fon:0421 6606 1805
 Fax:0421 497 19 97129
 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

Anmeldung Akutgeriatrie

(§ 39 SGB V)

Patient der allg. Pflegeklasse

Patient mit Wahlleistung

zur Aufnahme in der
 in der

Medizinisch-Geriatriischen Klinik
 Tagesklinik

2-Bett-Zimmer

1-Bett-Zimmer

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 Übernahmetermin</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:**Fähigkeitsstörungen / 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:		
Absaugpflichtiges Tracheostoma		-50
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)		-50
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung		-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, Prothes

Soziale Unterstützung

Wohnsituation

Soziale Kontakte und Hilfen

Entlassung wohin möglich ?

Sonstiges: