

Patientenetikett / Patientendaten

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Alter: _____
Ort: _____
Strasse: _____
Krankenkasse: _____
Vers.-Nr: _____
Hausarzt: _____

Angaben zum Patienten

männlich weiblich divers
Konfession: _____
Nationalität: _____
Familienstand: ledig verheiratet
 geschieden verwitwet

Soziales Umfeld

gesetzliche Betreuung Angehörige
 Patient lebt allein Heimbewohner
Ansprechpartner, Tel.: _____

Pflegegrad

kein beantragt ja, Grad _____

Zuweiser / Stempel

Arzt: _____
Tel: _____
Sozialdienst: _____
Tel: _____

AUFNAHME: Mo.-Fr. 9.00-12.00 Uhr

Gewünschter Aufnahmetag: _____

Wahlleistungen

privat versichert
 Basistarif mit Wahlleistungen
 Chefarztbehandlung Einzelzimmer

Isolation

ja nein MRSA
 3 MRGN 4 MRGN VRE
 Norovirus Clostridien sonst. Erreg.

COVID-19 negativ vom: _____

Medizinischer Teil

Haupt-
diagnosen _____
Neben-
diagnosen _____
stationär seit _____
Krankheits-
verlauf/
Besonder-
heiten _____
Aktueller
medizinischer
Behandlungs-
bedarf _____

OP vom
 Teilbelastung Vollbelastung
bis _____ kg keine bis _____
Dekubitus ja nein
Ort _____ Grad _____
Wunden ja nein
Ort _____
PEG Sonde ja nein
Magensonde ja nein
O₂ Bedarf ja nein
Dialyse ja nein
Stoma ja nein
Trachealkanüle ja nein
Größe: _____ Gewicht: _____

Mobilität

mit Hilfe ohne Hilfe nicht mgl.

Kognition

orientiert ja teilweise nein
 Delir Demenz
Hinlaftendenz ja nein
Aggress. Verhalten ja nein

Übernahmebestätigung (wird von der Geriatrie ausgefüllt)

ja nein Grund: _____ Kürzel: _____

>Bitte Medikamentenliste mitfaxen<

Funktionsniveau laut Barthel-Index

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

- Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbstständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen. Sollten zum Beispiel je nach Tagesform oder im Tagesverlauf unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.
- Bitte das Datum der Erfassung notieren.

Barthel-Index Kriterium (Hamburg-Manual – Kurzversion)

vom: _____

| | | |
|----------------------------|--|----|
| Essen | Komplett selbständig oder selbständige PEG / MS-Beschickung / -Versorgung | 10 |
| | Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen der Mahlzeit oder Hilfe bei PEG / MS-Beschickung / -Versorgung | 5 |
| | Kein selbständiges Einnehmen von Speisen und Getränken und keine PEG / MS-Ernährung | 0 |
| Auf- und Umsetzen | Komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-) Stuhl und zurück | 15 |
| | Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) in der einen oder anderen o. g. Phase | 10 |
| | Aufrichten in den Sitz an die Bettkante und / oder Transfer in den Rollstuhl mit erheblicher Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) | 5 |
| | Erfüllt das Kriterium nicht, wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert | 0 |
| Sich waschen | Vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren | 5 |
| | Erfüllt das Kriterium nicht | 0 |
| Toilettenbenutzung | Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung | 10 |
| | Vor Ort Aufsicht oder Hilfe bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich | 5 |
| | Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl | 0 |
| Baden / Duschen | Selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein- / Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen | 5 |
| | Erfüllt das Kriterium nicht | 0 |
| Aufstehen und Gehen | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken / Gehstützen) gehen | 15 |
| | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens selbständig gehen | 10 |
| | Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen oder im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl | 5 |
| | Erfüllt das Kriterium nicht | 0 |
| Treppensteigen | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. mit Stöcken / Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen | 10 |
| | Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen | 5 |
| | Erfüllt das Kriterium nicht | 0 |
| An- und Auskleiden | Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung und Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus | 10 |
| | Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind | 5 |
| | Erfüllt das Kriterium nicht | 0 |
| Stuhlkontinenz | Ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder Anus- <i>praeter</i> Versorgung | 10 |
| | Ist durchschnittlich nicht mehr als 1 x / Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen bzw. der Anus- <i>praeter</i> Versorgung | 5 |
| | Ist durchschnittlich mehr als 1 x / Woche stuhlinkontinent | 0 |
| Harninkontinenz | Ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz bzw. versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) | 10 |
| | Kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1 x / Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems | 5 |
| | Ist durchschnittlich mehr als 1 x / Tag harnkontinent | 0 |

Summe