

**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  
O<sub>2</sub> 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: \_\_\_\_\_

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

**Summe**