

Patientendaten

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Ort: _____
Strasse: _____
Krankenkasse: _____
Vers.-Nr.: _____
TELEFON Patient: _____

Angaben zum Patienten

männlich weiblich
 ledig verheiratet verwitwet geschieden

Pflegegrad

kein beantragt ja, Grad ____

Hilfsmittel

Rollator Rollstuhl Gehstock
 Beinprothese UA-Stützen
 Pflegebett Pflegestuhl

Soziales Umfeld

Patient lebt allein in Pflegeeinrichtung
 gesetzlicher Betreuer Angehörige
Tel.: _____

Etage: ____ Aufzug Stufen
 gehfähig
 Transport in Rollstuhl Tragestuhl

Medizinischer Teil

Hauptdiagnose: _____
Nebendiagnosen: _____

Medikation: _____

Krankheitsverlauf: _____

Medizin. Behandlungsziele: _____

Therapeut. Behandlungsziele: _____

Besonderheiten

OP vom: _____
Dekubitus ja nein
Ort: _____ Grad: _____
Wunden ja nein
Ort: _____
O₂-Bedarf ja nein
Dialyse ja nein
Stoma ja nein
sonst. : _____

Sinnesorgane

Sehstörung normal schwach stark
Hörstörung normal schwach stark
Sprachstörung normal schwach stark

Kognition

orientiert ja teilweise gering
Delir Demenz

Mobilität

Voll- Teilbelastung Entlastung

Isolation

ja nein
 MRSA/MRGN Clostridien/Norovirus

Administrativer Teil

Hiermit bitten wir um Übernahme der Behandlung in der Geriatrischen Tagesklinik und der Transportkosten

Beantragte Tage: 10 Tage 15 Tage

Einweiser: _____
Ort: _____
Strasse: _____
Tel.: _____

12683 Berlin, den _____
Unterschrift: _____
Aufnahmeterrn: _____

Gewünschter Aufnahmeterrn: _____

Von der Krankenkasse auszufüllen

Genehmigt ja nein

Stempel: _____

Unterschrift Mitarbeiter: _____

Termin bestätigt: _____

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.
- Zur Berechnung bitte die rechten Auswahlfelder benutzen

Barthel-Index Kriterium (Hamburg-Manual – Kurzversion)

vom:

Essen	Komplett selbständig oder selbständige PEG / MS-Beschickung / -Versorgung	10
	Hilfe bei mündgerechter 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>preater</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 harninkontinent	0

Summe