

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

<b>Essen</b>	Komplett selbständig <b>oder</b> selbständige PEG / MS-Beschickung / -Versorgung	10
	Hilfe bei mündgerechter 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- <i>praeter</i> Versorgung	10
	Ist durchschnittlich nicht mehr als 1 x /Woche stuhlinkontinent <b>oder</b> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen bzw. der Anus- <i>preater</i> 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**