



Anmeldung zur
 Vollstationären, **teilstationären**, **mobilen**¹
Geriatrischen Behandlung
Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden
 Chefarzt Dr. Max Schützler
 Tel.: 0611-8472802 Fax: 0611-8472803

Patientenname: _____ **geb.:** _____ **Kostenträger:** _____

Anschrift: _____

gewünschter Aufnahmeterrmin: _____

- Vollstationär** → **1 Bettzimmer** **2 Bettzimmer** **Wahlleistungspatient**
 Tagesklinik → **Memory-Clinic/Gedächtnisklinik**
 Fachärztliches Konsil vor Übernahme in die Geriatrie gewünscht

Hauptdiagnose:

<p>Orientierung: gut eingeschränkt desorientiert</p> <p>Kommunikationsstörung: ja nein</p> <p>Schluckstörung: ja nein</p> <p>Eingeschränkte Mobilität: ja nein</p> <p>Sonstige Fähigkeitsstörung:</p> <p>_____</p>	<p>Behandlungsrelevante Nebendiagnosen/Komplikationen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Impfstatus: _____</p>
---	---

Derzeitige Alltagskompetenz (ADL-Status nach Barthel)

Bett-Stuhl-Transfer	15 unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer) 10 minimale Assistenz oder Supervision 5 kann sitzen, braucht Hilfe beim Transfer 0 bettlägrig	Baden	5 badet oder dusch ohne Hilfe 0 badet oder duscht mit Hilfe
Bewegung	15 unabhä. Gehen (auch mit Gehhilfe) mind. 50m 10 mind. 50m Gehen, jedoch mit Unterstützung 5 für Rollstuhlfahrer: unabhängig für mind. 50 m 0 kann sich nicht (mind. 50 m) fortbewegen	Ankleiden	10 unabhä., inkl. Schuhe anziehen 5 hilfsbedürftig 0 total hilfsbedürftig
Treppen-Steigen	10 unabhängig (auch mit Gehhilfe) 5 braucht Hilfe oder Supervision 0 kann nicht Treppensteigen	Toilette	10 unabhängig bei Benutzung Toilette 5 braucht Hilfe (z.B. Gleichgewicht, etc.) 0 kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl
Essen	10 unabhängig, benutzt Geschirr 5 braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden 0 total hilfsbedürftig	Urin-Kontrolle	10 kontinent 5 teilweise inkontinent (z.B. nachts) 0 inkontinent
Waschen	5 wäscht Gesicht, kämmt sich etc. 0 braucht Hilfe	Stuhl-Kontrolle	10 kontinent 5 teilweise inkontinent (z.B. nachts) 0 inkontinent

Gesamtpunktzahl _____ **Punkte**

Decubitus/offene Wunde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tracheostoma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anus praeter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
MRSA <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein MRGN <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Frakturbelastbarkeit voll / teil / nicht	ZVK / Ernährungssonde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
VRE <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ESBL <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

S	Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> bereits bestehend → Grad _____	
O	Betreuung ?	<input type="checkbox"/> entfällt, da Vorsorgevollmacht besteht oder nicht notwendig	
Z		<input type="checkbox"/> bereits bestehend	ist eingeleitet worden
I			muss ggf. noch eingeleitet werden
A			
L	Weitere geplante Versorgung:	<input type="checkbox"/> Rückkehr nach Haus (ggf. mit ambulanten Hilfen) <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Altenwohnheim <input type="checkbox"/> Pflegeheim	

Weitere Infos:

Datum _____ Unterschrift _____

¹: Mobile geriatrische Rehabilitation bedeutet, dass entsprechend den Rahmenempfehlungen der/die Patient/-in durch unser Behandlungsteam im eigenen Wohnumfeld therapiert wird; **vorab ist hierzu die Kostenzusage des Kostenträgers notwendig.**