



Anschrift Ihrer Klinik bzw. Praxis

Aufnahme erwünscht am: _____

Wahlleistungen:

Chefarztbehandlung

Geriatrischer Reha in den letzten 6 Monaten:

ja, Zeitraum: _____ nein

Behandlungsziel:

Mobilisation Teilbelastung ____kg
Vermeidung/Milderung von Pflegebedürftigkeit
Persönliche Ziele

Patientendaten:

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

Dialyse: ja nein **Körpergewicht:** _____ kg

Pflegegrad:

Nein Ja, welcher? 1 2 3 4 5 beantragt am: _____

Betreuung/Vorsorgevollmacht:

Nein Ja, wer? _____

Angehörige/Bezugspersonen: _____ Tel.: _____

Bisherige häusliche Versorgung:

selbstständig amb. Dienste Familienangehörige Heim Betreutes Wohnen

Hilfsmittel:

Gehstützen Rollator Gehgestell Rollstuhl Prothese

kognitiver/emotionaler Status:

orientiert teilorientiert desorientiert motiviert kooperativ
Delir Demenz Hin-lauf-Tendenz

Dekubitus/Wunden:

Nein Ja _____

MRSA:

pos. neg

3 MRGN:

pos. neg.

4 MRGN:

pos. neg.

Pseudomonas:

pos. neg.

Harnblasenkatheter:

Nein Ja: suprapubisch transurethral

Besonderheiten:

Stoma/Sonden Schluckstörung O² Therapie Allergien

Relevante Diagnosen/ Akutereignisse, Medikamentenplan: Bitte im Anhang senden.



Pat.-Name: _____ Barthel-Index: _____

	Pkt.		Punktzahl
1. Essen	10	unabhängig, benutzt Geschirr, inkl. Schneiden der Nahrung	
	5	etwas Hilfe notwendig, z.B. Zerkleinern der Nahrung	
	0	erfüllt die genannten Bedingungen nicht, vollständig auf Hilfe angewiesen	
2. Transfer (z.B. Rollstuhl-Bett)	15	unabhängig und sicher in allen Phasen, inkl. Sich-Aufsetzen am Bettrand	
	10	minimale Hilfe oder Anleitung bei einem oder mehreren Teilen der Aktivität	
	5	kommt ohne Hilfe in sitzende Position, Transfer mit viel Hilfe	
	0	bettlägrig, erfüllt die genannten Bedingungen nicht	
3. Waschen	5	wäscht ohne Hilfe Hände und Gesicht, rasiert und kämmt sich, führt Zahnpflege selbstständig durch, legt Make-Up auf	
	0	braucht Hilfe, erfüllt die genannten Bedingungen nicht	
4. Toilettengang	10	unabhängig bei Benutzung der Toilette, inkl. Aus- und Ankleiden, Benutzung des Toilettenpapiers, darf Haltegriffe etc. benutzen	
	5	braucht Hilfe um Gleichgewicht zu halten, Hilfe bei Kleidung oder Reinigung	
	0	kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl	
5. Baden,	5	badet oder duscht ohne Hilfe	
	0	badet oder duscht mit Hilfe	
6. Bewegung	15	unabhängiges Gehen, auch mit Gehhilfe (mind. 45–50 m)	
	10	mindestens 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung	
	5	mit Rollstuhl, unabhängig mindestens 50 m	
	0	kann sich nicht fortbewegen	
7. Treppensteigen	10	unabhängig (auf- und abwärts), auch mit Gehhilfen	
	5	braucht Hilfe oder Aufsicht	
	0	kann nicht Treppensteigen	
8. An-/Auskleiden	10	unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	
	5	braucht Hilfe, leistet die Hälfte der Aktivität selbst in angemessener Zeit	
	0	vollständig auf Hilfe angewiesen	
9. Stuhlkontrolle	10	kontinent	
	5	gelegentliche Inkontinenz (max. 1x wöchentlich), Hilfe beim Abführen	
	0	inkontinent	
10. Urinkontrolle	10	kontinent, kann Katheter selbst versorgen	
	5	gelegentlich inkontinent (max. 1x täglich), Hilfe beim Katheter	
	0	inkontinent	
Summe:			

Datum _____ Unterschrift Gesundheits- und Krankenpfleger*in oder Ärztin/Arzt _____