

# Anmeldebogen Geriatrie

Asklepios Klinik Lich ■ Goethestraße 4 ■ 35423 Lich

**Patientendaten**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Gesetzlich Betreuung:  Ja  Nein

Wenn ja, Name, Kontakt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  1-Bett gewünscht

**Akademisches Lehrkrankenhaus  
des Fachbereichs Medizin der  
Justus-Liebig-Universität Gießen**

**Klinik für Innere Medizin**  
Prof. Dr. Dr. F. Grimminger  
(Ärztliche Leitung)  
Prof. Dr. U. Grandel  
(Stellvertretende Ärztliche Leitung)

**Abteilung Geriatrie**  
Dr. J. Bludau  
(Ärztliche Leitung)

Goethestraße 4  
35423 Lich

**Koordination Geriatrie**  
Melanie Müller  
Tel.: (0 64 04) 81 231  
Fax: (0 64 04) 81 82 662  
Geriatrie.Lich@asklepios.com  
<http://www.asklepios.com/lich>

Absender: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/ Angehörige: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_, Aufnahme gewünscht ab: \_\_\_\_\_

- Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_
- Operation: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_
- Vollbelastung
- Teilbelastung
- (radiologischer) Termin zur Belastungsfreigabe: \_\_\_\_\_

**Orientierung des Patienten  
aktuell:**

**Soziale Patientensituation vor Erkrankungsbeginn:**

- wohnt mit (hilfsbedürftigen?) Lebenspartner
- wohnt im Pflegeheim: \_\_\_\_\_
- wohnt mit Angehörigen
- wohnt alleine

- Orientiert
- Gelegentlich desorientiert
- Überwiegend desorientiert
- Hin-lauf-Tendenz
- Bekannte Demenz

**Häusliche Versorgung:**

- selbständig
- familiäre Versorgung
- mit Rollator mobil
- mit Rollstuhl mobil
- Immobil / Bettlägerig
- Pflegedienst, wie oft?: \_\_\_\_\_
  - Tätigkeiten: \_\_\_\_\_

**Besonderheiten:**

- Dialysepflichtig
- Stoma Versorgung
- Kontrakturen
- Schluckstörung
- Sprachstörung
- Magensonde/PEG
- Blasenkatheter
- O2-Therapie, Bedarf: \_\_\_\_ L/h
- Delir  post OP
- Covid-19 geimpft: \_\_\_\_\_

**Hygienerrelevante**

- Erkrankungen:**
- Diarrhöe
  - Covid-19, genesen seit: \_\_\_\_\_
  - MRSA \_\_\_\_\_
  - 3 MRGN \_\_\_\_\_
  - VRE \_\_\_\_\_

**Relevante Diagnosen/ Akutereignisse, Medikamentenplan:** Bitte als Anhang senden

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

<b>Barthel- Index</b>	
	<b>Datum:</b>
<b>1. Essen</b>	
Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	10
Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden	5
Total hilfsbedürftig	0
<b>2. Baden</b>	
Badet oder duscht ohne Hilfe	5
Badet oder duscht mit Hilfe	0
<b>3. Waschen</b>	
Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne	5
Braucht Hilfe	0
<b>4. An- und Auskleiden</b>	
Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10
Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an/aus	5
Total hilfsbedürftig	0
<b>5. Stuhlkontrolle</b>	
Kontinent	10
Teilweise kontinent	5
Inkontinent	0
<b>6. Urinkontrolle</b>	
Kontinent	10
Teilweise kontinent	5
Inkontinent	0
<b>7. Toilettenbenutzung</b>	
Unabhängig bei Benutzung der Toilette/des Nachtstuhls	10
Braucht Hilfe für z.B. Gleichgewicht, Kleidung aus-/anziehen, Toilettenpapier	5
Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl	0
<b>8. Bett-/(Roll-)Stuhltransfer</b>	
Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	15
Minimale Assistenz oder Supervision	10
Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe	5
Bettlägerig	0
<b>9. Bewegung</b>	
Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) für mindestens 50 m	15
Mindestens 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung	10
<i>Für Rollstuhlfahrer: unabhängig für mindestens 50 m</i>	5
Kann sich nicht mindestens 50 m fortbewegen	0
<b>10. Treppensteigen</b>	
Unabhängig (auch mit Gehhilfe)	10
Braucht Hilfe oder Supervision	5
Kann nicht Treppensteigen	0
Summe/HZ	