

## Anmeldung geriatrische Frührehabilitation

FAX: 05491 – 60 814  
Rückfragen: 05491 – 60 250

Patientenname, -vorname:

Geburtsdatum:

Gewünschter Aufnahmetermin:

---

**Hauptdiagnosen:** 1.

2.

3.

ggf. OP Datum:

**Nebendiagnosen:** 1.

2.

3.

Infekte: SARS-CoV2  MRSA  3MRGN  4MRGN

Versicherungsstatus: GKV  PKV  1BZ  2BZ  Chefarzt

Vorsorgebevollmächtigter/Betreuer:

Kontaktperson:

Telefonnummer:

**Pflegegrad:**

Hilfsmittel:

**Barthelindex:** Punkte (s. Anlage)

---

Beaufsichtigungspflichtige psychische Störung/Hinläufigkeit? Ja  Nein

Aphasie/Dysarthrie: Ja  Nein

Dysphagie: Ja  Nein

Harnkontinenz: Ja  Nein  DK/SPK:

Stuhlkontinenz: Ja  Nein

Hochgradige Sehschwäche: Ja  Nein

Hochgradige Schwerhörigkeit: Ja  Nein

Dekubitus: Ja  Nein  Grad: Wo:

Rezidivierende Stürze: Ja  Nein

Parese/Hemiparese: Ja  Nein  Wo:

Kontrakturen: Ja  Nein  Wo:

---

Spezielle Wundversorgung/Verbände:

Bei Frakturen: VB  TB  Bei TB, wieviel kg

Immobilisation bis

Sauerstoffpflichtig: Ja  Nein  kontinuierlich  intermittierend  l/min:

---

Verantwortlicher Arzt der verlegenden Station:

Telefon:

Zuweisender niedergelassener Arzt:

Telefon:

### Barthel Index

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
-------	----------	-------------

Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen.

Sollten z.B. je nach Tagesform oder im Tagesverlauf unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.

Bitte das Datum der Erfassung notieren.

		Datum:	
		Auswahl	
Essen	Komplett selbständig <b>ODER</b> selbständige PEG / MS-Beschickung / -Versorgung	10	
	Hilfe bei der mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen der Mahlzeit <b>ODER</b> Hilfe bei der PEG / MS-Beschickung / -Versorgung	5	
	Kein selbständiges Einnehmen von Speisen und Getränken <b>UND</b> keine PEG / MS Ernährung	0	
Auf- und Umsetzen	Komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl <b>UND</b> zurück	15	
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) in der einer oder anderen o. g. Phase	10	
	Aufrichten in den Sitz an die Bettkante <b>UND</b> / <b>ODER</b> Transfer in 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 incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5	
	Erfüllt das Kriterium nicht (statt: erfüllt „5“ nicht)	0	
Toilettenbenutzung	Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung / Reinigung	10	
	Vor Ort Aufsicht oder Hilfe bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbefüllung <b>ODER</b> deren Spülung / Reinigung erforderlich	5	
	Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0	
Baden / duschen	Selbständiges Baden oder Duschen incl. 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 <b>UND</b> mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcke / 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	
Treppe steigen	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. mit Stöcken / Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf <b>UND</b> hintersteigen	10	
	Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf <b>UND</b> hintersteigen	5	
	Erfüllt das Kriterium nicht	0	
An- und Auskleiden	Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung und Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel, z.B. ATS, 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	
Stuhlkontinenz	Ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder der Anus-praeter Versorgung	10	
	Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x / Woche stuhlinkontinent <b>ODER</b> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen bzw. der Anus-praeter Versorgung	5	
	Ist durchschnittlich mehr als 1x / Woche stuhlinkontinent	0	
Harnkontinenz	Ist harnkontinent <b>ODER</b> kompensiert die Harninkontinenz bzw. versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10	
	Kompensiert die Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x / Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <b>ODER</b> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5	
	Ist durchschnittlich mehr als 1x / Tag harninkontinent	0	
	<b>Summe</b>		

<u>Optional PPR:</u>	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3
----------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------