

Aufnahme-Antrag

Klinik für akut Geriatrie und geriatrische Frührehabilitation



**Ketteler
Krankenhaus**
Offenbach

Patientendaten/ Patientenetikett

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Anschrift:

**Klinik für Akutgeriatrie
und geriatrische Frührehabilitation**

Chefarzt:

Mirko Nossek
Facharzt für Innere Medizin,
Geriatrie, Palliativmedizin, Hypertensiologie

Anmeldende Klinik oder Praxis:

Name, Anschrift (Stempel)

Ansprechpartner,
Tel.-Nr.:

**Lichtenplattenweg 85
63071 Offenbach / Main**

Tel.: 069 / 8505 - 404 (Sekretariat)

Fax: 069 / 8505 - 151

E-Mail: geriatrie@ketteler-krankenhaus.de

Homepage: www.ketteler-krankenhaus.de

Kostenträger : _____ **Versichertennummer:** _____

Zusatzversicherung: ja nein **Name:** _____

Wahlleistung: Chefarzt: ja nein

Hausarzt: _____ **Familienstand:** _____

Bezugsperson / Angehörige: nein ja; **Name, Tel.-Nr.:** _____

Gesetzlicher Betreuer: nein ja; **Name, Tel.-Nr./ Fax:** _____

Patientenverfügung: ja nein

Pflegegrad: nein wenn, ja 1 2 3 4 5 beantragt

Hauptdiagnose / aktuell Behandlungsbedürftige Erkrankung:

Nebendiagnose:

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Art. Hypertonie | <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> Z.n. Myokardinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Chr., Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Aktuell dekompensiert |
| <input type="checkbox"/> COPD/ Emphysem | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Aktuell exacerbiert |
| <input type="checkbox"/> Z.n. Apoplex / Hirnblutung | <input type="checkbox"/> Hemiparese | <input type="checkbox"/> Schluckstörung |
| <input type="checkbox"/> Aphasie/ Dysarthrie | <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Störung | <input type="checkbox"/> pAVK, St. |
| <input type="checkbox"/> Wunde | <input type="checkbox"/> Chr. Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Belastungseinschränkung | <input type="checkbox"/> Degen. Wirbelsäulen-Erk. | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> Z.n. frischer OP (Hüfte, ...) | <input type="checkbox"/> PEG-Sonde | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |

Bisherige Versorgung zu Hause:

- selbständig mit fremder Hilfe;
 Angehörigen Bekannte Pflegedienst Altenheim

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------|
| Gültig ab: 01.06.2020 | Nächste Überprüfung: Bei Änderung | | |
| Bearbeiter: Herr CA Nossek | Freigegeben: Herr CA Nossek | Version 04 | Seite 1 von 3 |

Aufnahme-Antrag

Klinik für akut Geriatrie und geriatrische Frührehabilitation



**Ketteler
Krankenhaus**
Offenbach

Mobilität: Voll selbständig ohne Hilfsmittel Mit Hilfsmittel Hilfsperson bettlägerig

Erlaubter Belastung bei Frakturen: Vollbelastung Teilbelastung ____Kg, bis wann _____
Nächste Röntgen-Kontrolle am _____

Amputationen: nein ja OP am _____
Wundheilung abgeschlossen: nein ja
Prothesenversorgung eingeleitet: nein ja, Prothese vorhanden: nein ja

Isolationsbedürftige Keime:

MRSA-Screening (Nase/ Rachen/ Leiste):

nicht untersucht Ergebnis steht noch aus Negativ (Bitte Befund- Mitgabe)

Clostridien Enteritis: nein ja saniert VRE 3 MRGN 4MRGN

Noroviren Enteritis: nein ja saniert

Sonstige multiresistente Keime: nein ja, welcher? _____

Wo _____, saniert, letzter Abstrich: _____

Dekubitus: nein ja, wo: _____
Stadium: I II III IV

Respiratorische Faktoren:

Sauerstoffgerät: Keine, ja, O₂-Fluss ____l/min, intermittierend kontinuierlich

Nicht-invasive Beatmung (NIV) oder CPAP-Gerät:

Keine, ja, O₂-Fluss ____l/min, intermittierend kontinuierlich

Orientierung:

Orientierungsstörungen: keine gelegentlich ständig
Verwirrheitszustände: keine gelegentlich ständig
Antriebsstörungen: keine gelegentlich ständig
Weglauff Tendenz: keine gelegentlich ständig

Patient will: nach Hause zu den Angehörigen ins Alten/Pflegeheim Sonstiges

Ggfs.: spezielle Therapieziele:

Erwünschter Verlegungstermin: _____

Barthel-Index: Bitte füllen sie den beigefügten Barthel-Index aus.

Bei Fragen sind wir unter der folgenden Tel.-Nr. zu erreichen: 069/ 8505- 404 (Sekretariat)

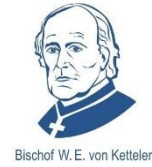
Fax-Nr.: 069/ 8505- 151

Datum/ Name des Arztes/ Unterschrift

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------|
| Gültig ab: 01.06.2020 | Nächste Überprüfung: Bei Änderung | | |
| Bearbeiter: Herr CA Nossek | Freigegeben: Herr CA Nossek | Version 04 | Seite 2 von 3 |

Aufnahme-Antrag

Klinik für akut Geriatrie und geriatrische
Frührehabilitation



Ketteler
Krankenhaus
Offenbach

Barthel-Index, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

| | Punkte | Datum |
|---|--------|-------|
| 1. Essen | | |
| Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck | 10 | |
| Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden / Hilfe bei PEG/ MS-Versorgung | 5 | |
| Total hilfsbedürftig beim Essen, Keine PEG/ MS-Ernährung | 0 | |
| 2. Baden | | |
| Badet oder duscht ohne Hilfe | 5 | |
| Badet oder duscht mit Hilfe | 0 | |
| 3. Waschen | | |
| Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne, wenn Utensilien | 5 | |
| Braucht Hilfe | 0 | |
| 4. An- und Auskleiden | | |
| Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen | 10 | |
| Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an/ aus | 5 | |
| Total hilfsbedürftig | 0 | |
| 5. Stuhlkontrolle | | |
| Kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des Stoma | 10 | |
| Teilweise inkontinent, max.1 x Woche., Hilfestellung bei Stoma Pflegeversorgung | 5 | |
| Inkontinent | 0 | |
| 6. Urinkontrolle | | |
| Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/ SPF/ Urostomas | 10 | |
| Teilweise inkontinent, max.1x Woche., Hilfestellung bei Versorgung des DK/ SPK/ | 5 | |
| Häufiger/ ständig inkontinent | 0 | |
| 7. Toilettenbenutzung | | |
| Unabhängig bei Benutzung der Toilette/ des Nachtstuhls, inklusive Reinigung | 10 | |
| Braucht Hilfe für z. B. Gleichgewicht, Kleidung aus-/anziehen, Toilettenpapier | 5 | |
| Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl | 0 | |
| 8. Bett-/(Roll-)Stuhltransfer | | |
| Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer) | 15 | |
| Minimale Assistenz oder Supervision | 10 | |
| Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe | 5 | |
| Bettlägerig | 0 | |
| 9. Bewegung / Gehen | | |
| Gehen ohne personelle Aufsicht oder Gehwagen (aber ggf. Stöcke/ UAGS) für | 15 | |
| Gehen ohne personelle Aufsicht oder personelle Hilfe mit einem Gehwagen, | 10 | |
| Gehen mit Laienhilfe oder Gehwagen im Wohnbereich oder im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl | 5 | |
| Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht. | 0 | |
| 10. Treppensteigen | | |
| Ohne Aufsicht od. personelle Hilfe (ggf. mit Stöcken / Gehstützen), mindesten ein Stockwerk hinauf und hinunter steigen | 10 | |
| Mit Aufsicht oder Laienhilfe Hilfe mindesten ein Stockwerk hinauf u. hinunter | 5 | |
| Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht. | 0 | |
| Gesamtpunktzahl (max. 100) | | |

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------|
| Gültig ab: 01.06.2020 | Nächste Überprüfung: Bei Änderung | | |
| Bearbeiter: Herr CA Nossek | Freigegeben: Herr CA Nossek | Version 04 | Seite 3 von 3 |