

**Abteilung für Geriatrische Innere Medizin  
und Rheumatologie**

Chefarzt: Dr. med. Martin Klek  
Facharzt für Innere Medizin / Rheumatologie  
Geriatrie, Physikalische Therapie

Telefon: (0661) 15 – 1102  
**Fax: (0661) 15 – 1103 vollstationäre Anmeldungen**  
E-Mail: sekretariat.geriatrie@herz-jesu-krankenhaus.de  
Internet: [www.herz-jesu-krankenhaus.de](http://www.herz-jesu-krankenhaus.de)

Telefon: (0661) 15 – 5112  
**Fax: (0661) 15 – 5113 teilstationäre Anmeldungen**

**ANMELDUNG**       vollstationär  
                          teilstationär (Tagesklinik)

Vorgesehene Verlegung am:

**Aufnahme bis 11 Uhr im HJK**

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Tel:

Krankenversicherung:

Privatpatient/Wahlleistung:     Chefarztbehandlung       1 BZ       2 BZ

Hausarzt:

Angehörige:      Tel:

Gesetzliche Betreuung:     nein     ja    Name:      Tel:

Pflegegrad:     ja      welcher:       nein     beantragt

Hauptdiagnose:
Nebendiagnosen:

Behandlungsziel:

Multiresistente Erreger     nein     ja      welcher Erreger:

Isolation:     nein     ja      Befunde Mikrobiologie!

Besondere Medikation (z. B. spez. Antibiose, Immuntherapeutika, etc.):     ja     nein  
Wenn ja, welche:

**1. ORIENTIERUNG / KOGNITION**

- keine Einschränkung von Orientierung/Gedächtnis  
 fragliche/leichte Einschränkung  
 eindeutig/schwere Einschränkung

**2. BARTHEL-INDEX:****ESSEN**

- 10 unabhängig, benutzt Geschirr  
 5 braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden, PEG  
 0 total hilfebedürftig

**BETT-STUHL-TRANSFER**

- 15 unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)  
 10 minimale Assistenz oder Supervision  
 5 kann sitzen, braucht Hilfe zum Transfer  
 0 bettlägerig

**WASCHEN**

- 5 wäscht / kämmt sich, etc. selbständig  
 0 braucht Hilfe

**TOILETTE**

- 10 unabhängig bei Benutzung der Toilette  
 5 braucht Hilfe (z.B. Kleidung, etc.)  
 0 kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl

**BADEN**

- 5 badet o. duscht ohne Hilfe selbständig  
 0 badet o. duscht mit Hilfe

**BEWEGUNG**

- 15 unabhängig. Gehen (auch mit Gehhilfe) mind. 50 m  
 10 mind. 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung  
 5 Gehstrecken im Wohnbereich; im Rollstuhl unabhängig im Wohnbereich,  
 0 erfüllt 5 P. nicht

**TREPPENSTEIGEN**

- 10 unabhängig (auch mit Gehhilfe)  
 5 braucht Hilfe oder Supervision, mind. 1 Etage  
 0 kann nicht Treppensteigen

**ANKLEIDEN**

- 10 unabhängig, incl. Schuhe anziehen  
 5 hilfsbedürftig  
 0 total hilfsbedürftig

**STUHLKONTROLLE**

- 10 kontinent  
 5 teilw. inkontinent (z.B. nachts), AP-Vers. mit Hilfe  
 0 inkontinent

**URINKONTROLLE**

- 10 kontinent  
 5 teilw. Inkontinent / DK  ja  nein  
 0 inkontinent

Summe

**4. WUNDEN/WUNDHEILUNGSSTÖRUNG:**nein ja 

Größe:

Ort:

**5. WEITERE RELEVANTE BESONDERHEITEN** (z. B. Schwerhörigkeit/Sehstörung/Glaukom/Sprachstörungen/etc.)

Dialyse:

 ja

an welchen Tagen:

Ort:

Künstliche Zugänge (PEG, ZVK, Tracheostoma etc.)?  ja  nein

Sonstiges:

Datum, Ort

Unterschrift des Anmeldenden  
Praxisstempel / Klinik

Telefonnummer