



**Vollstationär**

**Telefon:** (06 61) 15 - 11 02  
**Fax:** (06 61) 15 - 11 03  
 E-Mail: sekretariat.geriatrie@herz-jesu-krankenhaus.de  
 Website: www.herz-jesu-krankenhaus.de

**Teilstationär**

**Telefon:** (06 61) 15 - 51 12  
**Fax:** (06 61) 15 - 51 13  
 E-Mail: geriatriische-tagesklinik@herz-jesu-krankenhaus.de

**Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V:**

<b>Patientendaten (Aufkleber)</b>				<b>Anmelder/Einrichtung</b>	
<b>Name, Vorname</b>  <b>geb.</b>				<b>stationär seit</b>	
<b>Krankenkasse</b>		<b>Behandlungsart</b>		<b>Telefon</b> _____ <b>Arzt</b> _____	
		stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/>			
<b>Wahlleistungen</b>	1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/>	<b>Chefarzt</b> <input type="checkbox"/>			
<b>Hausarzt</b>					

**behandlungsbegründende Diagnosen:**

**weitere relevante Diagnosen:**

Operation	bei Frakturen <i>(bitte Vorbefunde / CD mitgeben)</i>	
	voll belastbar <input type="checkbox"/>	teilbelastbar ab _____ mit _____ kg
<b>OP-Datum</b>	übungstabil <input type="checkbox"/>	keine Belastung bis _____

<b>Status vor Erkrankung und Mobilität</b>		<b>Pflegegrad</b>
<input type="checkbox"/> allein lebend	betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> selbständig	Kurzzeitpflege/PH	<input type="checkbox"/> Antrag gestellt
<input type="checkbox"/> eigene Wohnung	immobil	<input type="checkbox"/> Grad: _____ (1 - 5)
<input type="checkbox"/> mit Angehörigen	Hilfsmittel?	
<input type="checkbox"/> hilfsbedürftig	Welche: _____	
<input type="checkbox"/> familiäre Versorgung	_____	
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	_____	

**Kontakt Ansprechpartner:**

<input type="checkbox"/> Angehöriger	Telefonnummer/n _____
<input type="checkbox"/> VS-Bevollmächtigter	_____
<input type="checkbox"/> Betreuer	

**Geriatric typische Multimorbidität**

- Gebrechlichkeit     Immobilität  
 rezidivierende Stürze/Gangstörung  
 Schwindel/Gleichgewichtsstörung  
 Exsikkose/Elektrolytentgleisung  
 Schmerz     akut     chronisch)

*(aktuellen Status bitte ankreuzen)*

- kognitive Defizite/Demenz  
 Delir  
 Depression/Angststörung  
 starke Sehbehinderung  
 verzögerte Rekonvaleszenz

- Mangel-/Fehlernährung  
 Dekubitus/Wunden  
 Multimedikation ( ≥ 5)  
 Kontinenzprobleme  
 Urin     Stuhl

**die Patientin / der Patient ist aktuell**

- kooperationsfähig     selbständig gehfähig  
 orientiert     mit Hilfsperson gehfähig  
 verwirrt     nicht gehfähig  
 hin-/weglaufgefährdet     Rollstuhlfahrer

**die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim**

- Essen     Transfer  
 Waschen     An-/Ausziehen  
 Toilettengang

**Besonderheiten**

- Sprachstörung     Kontrakturen     Stoma-Versorgung     Demers/Shaldon Katheter  
 Schluckstörung     NIV/CPAP-Beatmung     Blasenkatheter     Dialyse  
 Mangensonde / PEG     O<sub>2</sub>-Therapie     Port     Sonstiges  
 Tracheostoma     aktuell     chronisch     ZVK

**Hygienerrelevante Erkrankungen***(bitte aktuelle Befunde mitschicken)*

- Diarrhöe  
 Clostridioides     Norovirus  
 VRE     3 MRGN / Erreger und Lokalisation \_\_\_\_\_  
 MRSA     4 MRGN / Erreger und Lokalisation \_\_\_\_\_  
 COVID-19 Abstrich erfolgt  
 positiv  
 negativ

Datum Befund

- Sonstige \_\_\_\_\_

**Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, da**

(vom Arzt auszufüllen!)

- aktuell bestehende i.v. Therapie  
 die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind  
 Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern  
 Komplikationen bestehen

*(z. B. Desorientiertheit / wahnhafte Symptome / Weglauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust):*

- bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen *(bitte Erkrankung anführen):*

**Weitere Bemerkungen**

Rücksprache (Name und Telefon)

Datum

Unterschrift des Arztes

Barthel-Index n. AGAST		
Name	Geb.dat.	Datum

Punkte

### Essen

- 10 unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck
- 5 braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden
- 0 nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird

### Bett/(Roll-)Stuhltransfer

- 15 unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit
- 10 geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich
- 5 erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagerwechsel, Liegen/Sitz selbstständig
- 0 nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird

### Waschen

- 5 unabhängig bei Waschen von Gesicht, Händen, Kämmen, Zähneputzen
- 0 nicht selbstständig bei o.a. Tätigkeit

### Toilettenbenutzung

- 10 unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)
- 5 benötigt Hilfe, z.B. wg. unzureichenden Gleichgewichts od. Kleidung/Reinigung
- 0 nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird

### Baden

- 5 unabhängig bei Voll- und Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit
- 0 nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeit

### Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren

- 15 unabhängig beim Gehen über 50m, Hilfsmittel erlaubt, nicht aber Gehwagen
- 10 geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50m gehen
- 5 nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen
- 0 nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren

### Treppensteigen

- 10 unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)
- 5 benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen
- 0 nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppensteigen

### An- und Auskleiden

- 10 unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)
- 5 benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbstständig durchführen
- 0 nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird

### Stuhlkontrolle

- 10 ständig kontinent
- 5 gelegentlich inkontinent, maximal 1x pro Woche
- 0 häufiger/ständig inkontinent

### Urinkontrolle

- 10 ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung mit DK/Cystofix
- 5 gelegentlich inkontinent, max. 1x am Tag, Hilfe bei externer Harnableitung
- 0 häufiger/ständig inkontinent

**SUMME**

- Status bei Aufnahme
- Status bei Entlassung

Aus: Arbeitsgruppe Geriatriisches Assessment (AGAST) (Hrsg.) (1995). Geriatriisches Basisassessment: Handlungsanleitung für die Praxis. MMV Medizin Verlag: München. Der Einleitungstext wurde ggü. der angegebenen Quelle modifiziert