

## Anmeldung zur

vollstationären geriatrischen Rehabilitation

teilstationären geriatrischen Rehabilitation

Name Geburtsdatum Anschrift	(Aufkleber)		
Krankenkasse			
Kostenübernahme	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> liegt vor	
Hauptdiagnose			
Behandlungsrelevante Nebendiagnosen (z.B. Diabetes mellitus, pAVK, KHK, Hypertonie, COPD, Arthrosen, Rez. Stürze, Unterernährung Demenz)			
Notizen zum bisherigen Verlauf:			
Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Andere
Neuropsychologische Störungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> Aphasie <input type="checkbox"/> Pusher-Syndrom	<input type="checkbox"/> Dysarthrie
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Transurethral	<input type="checkbox"/> Suprapubisch
Komplikationen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Kontraktur	<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung
	<input type="checkbox"/> Dekubitus Größe: _____ cm; Ort: _____		
Rehabilitationsziel:			
Datum/Unterschrift	Name/Stempel	Telefonnummer	

Erstellt o. Bearbeitet: Feb. 2018	Geprüft: Feb. 2018	Freigegeben: Feb. 2018	Gültig ab: Feb. 2018
Herr Dr. Heckmann	Herr Dr. Heckmann	Herr Dr. Heckmann	Seite 1 von 2
Dokumentnummer:	GFK_REHA_140_o_Rev.1_Stand: Februar 2018	Revision-Nr. / Stand:	

**Anmeldung zur Geriatrischen Rehabilitation Seite -2- Patient:**

Orientierung und Kognition	<input type="checkbox"/> Keine Einschränkung <input type="checkbox"/> Fragliche/leichte Einschränkung <input type="checkbox"/> Eindeutig/schwere Einschränkung
Mitwirkung bei Pflege und Therapie	<input type="checkbox"/> Entwickelt Eigeninitiative <input type="checkbox"/> Aktiv nach Aufforderung <input type="checkbox"/> Passiv <input type="checkbox"/> unmotiviert
Kardio-pulmonale Belastbarkeit	<input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mäßig belastbar (NYHA II) <input type="checkbox"/> Kaum belastbar
Frakturbelastbarkeit	<input type="checkbox"/> Volle Belastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung <input type="checkbox"/> Entlastung für weitere                      Wochen

ADL-Index					
Essen	10	Unabhängig	Baden	5	Badet oder duscht ohne Hilfe
	5	Braucht Hilfe, z.B. Schneiden		0	Badet oder duscht mit Hilfe
	0	Total hilfsbedürftig			
Waschen	5	Wäscht Gesicht, kämmt etc.	Stuhl-kontrolle	10	Kontinent
	0	Braucht Hilfe		5	Teilweise kontinent
				0	Inkontinent
Anziehen	10	Unabhängig, incl. Schuhe	Urinkontrolle	10	Kontinent
	5	Hilfsbedürftig		5	Teilweise kontinent
	0	Total hilfsbedürftig		0	Inkontinent
Toilette	10	Unabhängiger Toilettengang	Bett/Stuhl-Transfer	15	Unabhängig (auch Rollstuhlfahrer)
	5	Braucht Hilfe (z.B. Gleichgewicht)		10	Minimale Assistenz/Supervision
	0	Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl		5	Kann sitzen, braucht Hilfe
			0	Bettlägerig	
Bewegung	15	Unabh. Gehen (auch mit Gehhilfe), >50m	Treppensteigen	10	Unabhängig (auch mit Gehhilfe)
	10	>50m Gehen, jedoch mit Unterstützung		5	Braucht Hilfe/Supervision
	5	für Rollstuhlfahrer: unabhängig >50m		0	Kann nicht Treppensteigen
	0	kann sich nicht >50m fortbewegen			
Summe:					

Vorherige häusliche Situation:

Eigene Wohnung

 Ohne Unterstützung Mit familiärer Unterstützung Mit professioneller Unterstützung

Wohnen im Altenheim

 Wohnbereich Pflegebereich

Patient wünscht

 Einzelzimmer 2-Bett-Zimmer Chefarztbehandlung

[in Anlehnung an den landeseinheitlichen Anmeldebogen zur geriatrischen Rehabilitation in Baden-Württemberg]