

**Geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe**

Chefarzt Dr. med. Dipl.-Theol. Jochen Heckmann  
 Berliner Straße 63–65, 55583 Bad Kreuznach  
 Telefon: 0 67 08 6 20-0  
 E-Mail: Datenannahme\_GFK@LKH-AoeR.kim.telematiks

## Anmeldebogen zur Behandlung

stationäre Akutgeriatrie

akutgeriatrische Tagesklinik

gerontopsychiatrische Tagesklinik

stationäre Reha

ambulante Reha

mobile Reha

Bitte ankreuzen!

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**Anschrift:**

**Krankenkasse:**

**Versicherten-Nr.:**

**Hauptdiagnose:**

**Behandlungsrelevante Nebendiagnosen:**

(z.B. Diabetes mellitus, pAVK, KHK, Hypertonie, COPD, Arthrosen, rez. Stürze, Unterernährung, Demenz)

### Notizen zum bisherigen Verlauf

bei Dialysepflicht – aktueller Rhythmus?	Mo–Mi–Fr	Di–Do–Sa
<b>Schluckstörungen</b>	Nein	PEG Andere
<b>Neuropsychologische Störungen</b>	Nein	Aphasie Neglect Dysarthrie Pusher-Syndrom
<b>Blasenkatheter</b>	Nein	transurethral suprapubisch
<b>Stoma</b>	Ja	Nein
<b>Dekubitus</b>	Nein	Ja Ort: Größe (in cm):
<b>Komplikationen</b> (bitte näher beschreiben, z. B. Wundheilungsstörungen)	Nein	Ja
<b>Keimnachweis?</b> (bitte spezifizieren)		

**Verlegung möglich ab:**

**Aufnahme gewünscht ab:**

Datum/Unterschrift

Name/Stempel

Kontaktdaten

### Name des Patienten/Patientenetikett

Orientierung und Kognition	keine Einschränkung fragliche/leichte Einschränkung eindeutige/schwere Einschränkung	
Mitwirkung bei Pflege und Therapie	entwickelt Eigeninitiative aktiv nach Aufforderung	passiv unmotiviert
Kardio-pulmonale Belastbarkeit	gut kaum belastbar	mäßig belastbar
Frakturbelastbarkeit	volle Belastung Entlastung für weitere	Teilbelastung Wochen

### Barthel-Index

<b>Essen</b>	10 5 0	unabhängig braucht Hilfe, z. B. schneiden total hilfsbedürftig	<b>Baden</b>	5 0	badet oder duscht ohne Hilfe badet oder duscht mit Hilfe
<b>Waschen</b>	5 0	wäscht Gesicht, kämmt etc. braucht Hilfe	<b>Stuhlkontrolle</b>	10 5 0	kontinent teilweise kontinent inkontinent
<b>Anziehen</b>	10 5 0	unabhängig, inkl. Schuhe hilfsbedürftig total hilfsbedürftig	<b>Urinkontrolle</b>	10 5 0	kontinent teilweise kontinent inkontinent
<b>Toilette</b>	10 5 0	unabhängiger Toilettengang braucht Hilfe (z.B. Gleichgewicht) kann nicht auf Toilette/ Nachtstuhl	<b>Bett-/Stuhl-Transfer</b>	15 10 5 0	unabhängig (auch Rollstuhlfahrer) minimale Assistenz/Supervision kann sitzen, braucht Hilfe bettlägerig
<b>Bewegung</b>	15 10 5 0	unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) > 50 m > 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung für Rollstuhlfahrer: unabhängig > 50 m kann sich nicht > 50 m fortbewegen	<b>Treppensteigen</b>	10 5 0	unabhängig (auch mit Gehhilfe) braucht Hilfe/Supervision kann nicht Treppensteigen

Summe:

### Vorherige häusliche Situation

Eigene Wohnung	ohne Unterstützung mit familiärer Unterstützung mit professioneller Unterstützung	
Wohnen im Pflegeheim	Wohnbereich	Pflegebereich
Vollmachten/Verfügungen/Betreuung?	Ja	Nein
Pflegegrad?	1    2    3    4    5	

Kontaktdaten Angehörige/Betreuer:

Patient wünscht:	Chefarztbehandlung Begleitperson	Einzelzimmer 2-Bett-Zimmer
------------------	-------------------------------------	-------------------------------