

## Anmeldung zur Akutgeriatrie/Alterstraumatologie (vollstationär)

Bitte **vollständig ausgefüllt:**

per Mail an BEB-PaGe-Berlin@helios-gesundheit.de oder per Fax an (030) 81 02-465700

**Patient:in:**

Vor- & Nachname:

geb:

Geschlecht:

Adresse mit PLZ:

**Zuweiser:in** (Stempel/zuständige/r Stationsärzt/  
in mit Tel.-Nr. ergänzen):

Krankenkasse:

**Hauptdiagnose** (ggf. mit OP-Datum oder auch vorläufigen Arztbericht anhängen):

**frühestmöglicher Verlegungstermin:**

**relevante Nebendiagnosen:**

**geplante Weiterbehandlung** (z.B. Radiatio / Chemotherapie / OP):

**geriatrische Problematik** (funktionelle Defizite / Fähigkeitsstörungen):

<b>Isolationsbedarf:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, <i>wenn ja</i> , welche Erreger:	
<b>Covid-19-Infektion</b>	<input type="checkbox"/> ja (aktuell)	<input type="checkbox"/> ja (Datum: _____)	<input type="checkbox"/> nein
<b>Sars-CoV2-Impfung:</b>	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> nein
<b>Dialysepflichtig:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>bei Frakturen:</b>	<input type="checkbox"/> übungsstabil	<input type="checkbox"/> vollbelastbar	<input type="checkbox"/> teilbelastbar bis _____ kg <input type="checkbox"/> instabil
<b>Körpergewicht:</b>	<input type="checkbox"/> <100 kg	<input type="checkbox"/> >100 kg	<input type="checkbox"/> >130 kg
<b>Decubitus &gt; Grad III:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	<b>Anus praeter:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<b>PEG-Versorgung:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Instruktionsverständnis:</b>	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> schlecht
<b>Orientierungsverlust:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, <i>wenn ja</i> , welche:	
Ort:	Zeit:	Person:	
<b>Unruhetendenz:</b>	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> wenig-mäßig	<input type="checkbox"/> stark
<b>Notwendigkeit einer Sitzwache:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Gesetzliche Betreuung:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Pflegegrad vorhanden:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad:	
<b>Geriatrische Komplexbehandlung in den letzten 12 Monaten bereits durchgeführt?</b>			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
wenn ja, warum:			
<b>soziale Situation:</b>	<input type="checkbox"/> alleine lebend	<input type="checkbox"/> mit Familie lebend	<input type="checkbox"/> mit Pflegedienst <input type="checkbox"/> Heim

**Barthel Index** (Kurzversion):

<b>Essen:</b>	selbstständig	10 <input type="checkbox"/>
	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung	5 <input type="checkbox"/>
	kein selbstständiges Einnehmen	0 <input type="checkbox"/>
<b>Auf- und Umsetzen:</b>	selbstständig	15 <input type="checkbox"/>
	geringe Hilfe	10 <input type="checkbox"/>
	Aufrichten an die Bettkante	5 <input type="checkbox"/>
	nicht erfüllt	0 <input type="checkbox"/>
<b>sich waschen:</b>	selbstständig inkl. Zähne, Rasieren, Frisur	5 <input type="checkbox"/>
	nicht erfüllt	0 <input type="checkbox"/>
<b>Toilettenbenutzung:</b>	selbstständig	10 <input type="checkbox"/>
	unter Aufsicht od. geringer Hilfestellung	5 <input type="checkbox"/>
	nicht erfüllt	0 <input type="checkbox"/>
<b>Baden/Duschen:</b>	selbstständig	5 <input type="checkbox"/>
	nicht erfüllt	0 <input type="checkbox"/>
<b>Aufstehen und Gehen:</b>	ohne Aufsicht, ohne Gehhilfe	15 <input type="checkbox"/>
	ohne Aufsicht mit Gehhilfe	10 <input type="checkbox"/>
	Aufstehen mit Hilfe bzw. Hilfsmittel und Mobilität im Wohnbereich oder selbstständige Rollstuhlnutzung	5 <input type="checkbox"/>
	nicht erfüllt	0 <input type="checkbox"/>
<b>Treppensteigen:</b>	selbstständiges hinauf- und hinabsteigen	10 <input type="checkbox"/>
	unter Aufsicht hinauf- und hinabsteigen möglich	5 <input type="checkbox"/>
	nicht erfüllt	0 <input type="checkbox"/>
<b>An- und Auskleiden:</b>	selbstständiges an- und auskleiden in angemessener Zeit	10 <input type="checkbox"/>
	selbstständiges an- und auskleiden des Oberkörpers	5 <input type="checkbox"/>
	nicht erfüllt	0 <input type="checkbox"/>
<b>Stuhlinkontinenz:</b>	kontinent	10 <input type="checkbox"/>
	nicht mehr 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei abführenden Maßnahmen	5 <input type="checkbox"/>
	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0 <input type="checkbox"/>
<b>Harninkontinenz:</b>	harnkontinent oder Kompensationsmechanismen	10 <input type="checkbox"/>
	Kompensationsmechanismen der Harninkontinenz mit überwiegendem Erfolg	5 <input type="checkbox"/>
	mehr als 1x/Tag harninkontinent	0 <input type="checkbox"/>

**Summe: 100/**

.....  
**Datum/Unterschrift des/r Zuweiser:in:**