

# Anmeldung von Patienten zur Übernahme in die Abteilung für Akutgeriatrie und Frührehabilitation aus externen Kliniken und von Hausärzten

---

## Patientendaten

Name Patient: \_\_\_\_\_ einweisende Klinik \_\_\_\_\_

Geb. Datum Patient: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Name/Kontakt  
Angehörige/  
o. Besugsperson: \_\_\_\_\_

gewünschter Aufnahmetag: \_\_\_\_\_ Häusl. Situation: \_\_\_\_\_

Pflegegrad  Pflegedienst  ja  nein Name: \_\_\_\_\_

---

**Hauptdiagnose** (Achtung: es muss eine akute Indikation bestehen, die eine kurzfristige Krankenhausbehandlung notwendig macht.)

---

**Nebendiagnosen** (Welches Behandlungsziel soll neben der genannten Diagnose erreicht werden? Z.B. gehen am Rollator, Bett-Stuhl-Transfer, etc.)

---

**Sonstige wichtige Informationen** (z.B. Isolierungspflicht, Wunden, Dekubitus, starkes Übergewicht, aufwändiger Pflegebedarf, Sauerstoffgabe, Dialysepflicht, Stoma, Sonden, etc)  
Nach OP: Belastung? Wundzustand?

- 
- Pat. ist zur Situation orientiert und kann Anweisungen umsetzen  
 Pat. ist für tägl. 2x30 Min. Therapie ausreichend belastbar  
 Pat. hat ausreichendes Verbesserungspotential und ist motiviert  
 Pat. ist über eine ca 14-tägige Dauer einer Komplexbehandlung informiert und einverstanden

---

**Diese Anmeldung bitte vollständig (2 Seiten) und lesbar ausgefüllt an das  
Sekretariat der Geriatrie faxen. Fax-Nr. 02392 - 57372**

Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbstständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen. Sollten (z.B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.

**1. Essen**

- unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck.....10
- braucht etwas Hilfe, z.B. beim Fleisch oder Brot schneiden .....5
- kein selbstständiges Einnehmen möglich .....0

**2. Waschen**

- vor Ort komplett selbstständig.....5
- erfüllt dies nicht .....0

**3. Baden**

- selbstständiges Baden oder Duschen .....5
- erfüllt dies nicht .....0

**4. An- und Auskleiden**

- unabhängig beim An-und Auskleiden (ggf. auch Kompressionsstrümpfe).....10
- benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeiten selbst durchführen.....5
- nicht selbstständig .....0

**5. Harnkontinenz**

- ist kontinent, ggf. unabhängig im Umgang mit externen Ableitungen.....10
- gelegentlich inkontinent (max.1 x tägl.), Hilfe bei externen Ableitungen.....5
- ständig inkontinent, keine selbstständige Versorgung von Ableitungen.....0

**6. Stuhkontinenz**

- ist Kontinent, ggf. unabhängig im Umgang mit externen Ableitungen .....10
- gelegentlich inkontinent (nicht mehr als 1 x wöchentl.), benötigt Hilfe mit externen Ableitungen.....5
- ständig inkontinent, keine selbstständige Versorgung von Ableitungen.....0

**7. Toilettenbenutzung**

- vor Ort komplett selbstständige Nutzung .....10
- benötigt Hilfe, z.B. bei der Kleidung, Reinigung.....5
- keine selbstständige Nutzung .....0

**8. Aufsetzen – Umsetzen**

- komplett selbstständig aus liegender Position in Stuhl und zurück.....15
- Aufsicht oder geringe Hilfestellung nötig .....10
- Aufrichten in den Sitz, an die Bettkante und/oder Transfer in den Rollstuhl mit erheblicher Hilfestellung .....5
- erfüllt das Kriterium nicht, wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert .....0

**9. Aufstehen und Gehen**

- ohne Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mind. 50m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stock) gehen .....15
- ohne Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mind. 50m mit Gehwagen selbstständig gehen .....10
- mit Laienhilfe oder Gehwagen in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen oder  
komplett selbstständig mit Rollstuhl .....5
- erfüllt das Kriterium nicht .....0

**10. Treppensteigen**

- ohne Aufsicht oder Hilfe (ggf.mit Stock) mind. 1 Stockwerk hinauf und hinunter.....10
- mit Aufsicht oder Laienhilfe mind.1 Stockwerk hinauf und hinunter .....5
- erfüllt das Kriterium nicht .....0

**Gesamtpunktzahl:**