

<b>Klinikum Bremen Nord</b>	
Geriatrie	Fon:0421 6606 1802 Fax:0421 6606 1806
Tagesklinik	Fon:0421 6606 1805 Fax:0421 6606 1851
Hammersbeckerstr. 228 28755 Bremen	

<b>Klinikum Bremen Ost</b>	
Geriatrie	Fon:0421 408 2516 Fax:0421 408 2305
Tagesklinik	Fon:0421 408 2025 Fax:0421 408 2026
Züricher Str. 40 28325 Bremen	

<b>Absender:</b>	<b>- Stempel -</b>
Datum:	
Station:	
Telefon:	
Fax:	
Arzt:	

<b>St. Joseph-Stift Bremen</b>	
Geriatrie	Fon:0421 347 1655 Fax:0421 347 1651
Tagesklinik	Fon:0421 347 1666 Fax:0421 347 1667
Schwachhauser Heerstr. 54 28209 Bremen	

<b>Klinikum Bremerhaven</b>	
Geriatrie	Fon:0471 299 3690 Fax:0471 299 3743
Tagesklinik	Fon:0471 299 3742 Fax:0471 299 3743
Postbrookstr. 103 27574 Bremerhaven	

**Anmeldung Akutgeriatrie** (§ 39 SGB V)

Patient der allg. Pflegeklasse

zur Aufnahme in der  
in der

Medizinisch-Geriatriischen Klinik  
Tagesklinik

Patient mit Wahlleistung

2-Bett-Zimmer

1-Bett-Zimmer

Patient/Patientin:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

-Aufkleber/Stempel-

Wohnort: :

Telefon: :

Krankenkasse :

**Angehörige:** (Kontaktadresse, genaue Adresse und Telefon-Nr.)

**Vorbehandelnder Arzt:**

<b>Hauptdiagnose:</b>	<b>Operation Datum</b>	<b>Gewünschter Übernahmetermin</b>
Bei Fraktur - Belastbarkeit:		
<b>Nebendiagnosen</b>	<b>Medikation</b>	
<i>MRE-Status</i>		

**Beurteilung** ( durch Geriatrie auszufüllen)

Stationäre Übernahme	MRSA- Screening ?
Teilstationäre Übernahme / TK	
Keine Übernahme / Begründung:	
WV im Verlauf Wann?:	Besonderheiten: Isolation? O2-Pflicht ? Demenz/ Delir? EZ notwendig?
AHB / Reha nach § 40 SGB V	
Kostenübernahme durch Krankenkasse abklären	
Weiteres / Kommentar:	

**Aktuelle medizinische Probleme:****Fähigkeitstörungen / Barthel-Index**

		<b>Punkte</b>
<b>1) Essen</b>	Selbstst. oder selbst. PEG-Versorgung	10
	Hilfe bei Vorbereitung, aber selbstständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung	5
	Kein selbstständiges Einnehmen	0
<b>2) Aufsetzen / Umsetzen</b>	Komplett selbstständig aus dem Liegen in den Stuhl und zurück	15
	Aufsicht oder geringe Hilfe	10
	Erhebliche (professionelle) Hilfe	5
	Faktisch kein Transfer	0
<b>3) Sich Waschen</b>	Komplett selbstständig ( incl. Rasieren, Zähneputzen, Frisieren)	5
	Nicht selbstständig	0
<b>4) Toilettenbenutzung</b>	Komplett selbstständig	10
	Hilfe oder Aufsicht	5
	Benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl	0
<b>5) Baden / Duschen</b>	Selbstständig	5
	Nicht selbstständig	0
<b>6) Aufstehen / Gehen</b>	Ohne Aufsicht oder Hilfe in den Stand, Gang von 50 m ohne Gehwagen (Gehstock oder Stützen erlaubt)	15
	Wie oben, Gang von 50 m mit Gehwagen	10
	Mit Hilfe i. d. Stand, kurze Strecken mit Gehwagen oder selbstständig im Rollstuhl im Wohnbereich	5
	Erfüllt „5“ nicht	0
<b>7) Treppensteigen</b>	Ohne Hilfe mindestens 1 Stockwerk	10
	Mit Aufsicht oder Hilfe mindestens 1 Stockwerk	5
	Erfüllt „5“ nicht	0
<b>8) An- und Auskleiden</b>	Selbstständig in angemessener Zeit komplett	10
	Mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig ( 50% selbstständig)	5
	Nicht selbstständig, auch mit oben gen. Hilfe	0
<b>9) Stuhlkontinenz</b>	Stuhlkontinent	10
	Nicht mehr als 1 x/Woche inkontinent	5
	> 1x/Woche stuhlinkontinent	0
<b>10) Harnkontinenz</b>	Harnkontinent, oder selbstständig mit DK	10
	Max. 1x/ Woche inkontinent	5
	Häufiger oder ständig inkontinent	0
<b>ZWISCHENSUMME</b>		
<b>Frühreha-Barthel:</b>		
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand		-50
Absaugpflichtiges Tracheostoma		-50
Intermittierende Beatmung		-50
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung ( Verwirrtheit)		-50
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung ( mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)		-50
Schwere Verständigungsstörung		-25
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung		-50
<b>GESAMTSUMME</b>		

Sonstiges:

**Pflegerische Probleme**

PPR

A \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_

Dekubitus (wo)

Sonden (Art)

Katheter (Art)

Hygiene / Isolationsmaßnahmen:

**Hilfsmittel**

z.B. Gehhilfe, Rollstuhl, Prothese, etc

**Soziale Unterstützung**

Wohnsituation

Soziale Kontakte und Hilfen

Entlassung wohin möglich ?