

## Antrag auf Übernahme eines Patienten

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur besseren Planung der Auf-/Übernahme Ihres Patienten, bitten wir Sie uns kurz folgende Fragen zu beantworten:

Name / Geb. Datum / Krankenkasse:

Hauptdiagnose:

Nebendiagnose:

Behandlungsziel:

Gewünschter Auf-/ Übernahmetermin:

Name und Telefonnummer der Angehörigen/ Betreuer:      Betreuung:  Ja     Nein

Besteht bereits eine Eingruppierung in eine Pflegestufe? :     Ja       Nein      Stufe:

Lebt Pat. alleine oder mit hilfsbedürftigem Lebenspartner     alleine     hilfsbedürft. Partner

Pat. lebt in                       Pflegeheim       Seniorenwohnheim       betreutem Wohnen

Bei Frakturen: darf der Patient voll belasten? :  Ja     Nein      Entlastung bis wann:

(vorhandene) Hilfsmittel :

Aktuelle Medikation:

Besonderheiten, wie notwendige Verbände ( Art ),Verlaufskontrollen etc.:

Telefonnummer und Hausarzt/ Klinik für evtl. Rückfragen:

Erstellt: Dr. Nels	Geprüft:	Freigegeben:	Revision: 0
Datum: 03.07.2008	Fr. Falter	Dr. Nels	Stand: Juli 08

Geriatrische Klinik

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Frührehabilitations- Barthel- Index- Pflege: \_\_\_\_\_ ( Zutreffendes bitte ankreuzen )

	nein	ja
Intensivmedizinisch- überwachungspflichtiger Zustand (z.B. veg. Krisen )		
Absaugpflichtiges Tracheostoma		
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung ( Verwirrtheit )		
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung )		
schwere Verständigungsstörung		
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung		

	Nicht möglich	mit Unterstützung	selbständig
1 Essen und Trinken ( mit Unterstützung, wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden)	0	5	10
2 Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt(einschl. Aufsitzen im Bett)	0	10	15
3 Persönliche Pflege (Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähne putzen)	0	0	5
4 Benutzung der Toilette (An-/Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)	0	5	10
5 Baden und Duschen	0	0	5
6 Gehen auf ebenem Grund	0 *)	10	15
6a *) Rollstuhlbenutzung (nur ausfüllen, wenn Gehen auf ebenem Grund nicht möglich)	0	0	5
7 Treppen auf-/absteigen	0	5	10
8 An-/Ausziehen (einschl. Schuhe binden, Knöpfe schließen)	0	5	10
9 Stuhlkontrolle	0	5	10
10 Harnkontrolle	0	5	10
<b>FR- Barthel- Index- Gesamtzahl:</b>			

Funktioneller neurologischer Befund (bei Paresen Angabe der Ausprägung ):

	nicht	mäßig	schwer
Neglect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebsmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aphasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgt mit:			
Tracheostoma <input type="checkbox"/>	nasophr. Magensode <input type="checkbox"/>	PEG <input type="checkbox"/>	
Blasenkatheter <input type="checkbox"/>	transurethral <input type="checkbox"/>	suprapubisch <input type="checkbox"/>	

Sauerstofftherapie: \_\_\_\_\_ Falls Dialyse. Frequenz: \_\_\_\_\_

MRSA:  nicht untersucht  negativ  saniert  Besiedlung  Infektion

Andere hochresistente Keime: \_\_\_\_\_

Befund vom: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_