

**Zentrum für Altersmedizin an den Evang. Kliniken Essen-Mitte**

Rufnummer 0201 174-23001 | Fax 0201 174-23000 | E-Mail: altersmedizin@kem-med.com

**Anmeldung zur geriatrischen Behandlung**

<b>Anmeldungen durch:</b>  <b>Name:</b>  <b>Telefon:</b>	<b>Bei Anmeldungen durch eine Klinik:</b>  <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"><b>Name der Klinik:</b></td> <td><b>Ansprechpartner</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Name:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tel.:</td> </tr> <tr> <td><b>Abteilung für:</b></td> <td>Station:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tel.:</td> </tr> </table>	<b>Name der Klinik:</b>	<b>Ansprechpartner</b>		Name:		Tel.:	<b>Abteilung für:</b>	Station:		Tel.:
<b>Name der Klinik:</b>	<b>Ansprechpartner</b>										
	Name:										
	Tel.:										
<b>Abteilung für:</b>	Station:										
	Tel.:										

<b>Patient</b>  <small>Name, Vorname Geburtsdatum Straße Wohnort</small>	<b>Versicherungsstatus:</b> <input type="radio"/> GKV <input type="radio"/> PKV – 2Bett <input type="radio"/> PKV – 1Bett  <b>Reha - Antrag</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> bereits gestellt <input type="radio"/> abgelehnt	<b>Pflegesituation</b>  Pflege-grad: <input type="radio"/> nein ① ② ③ ④ ⑤  Heim-bewohner: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  Gesetzl. Betreuung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
--------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

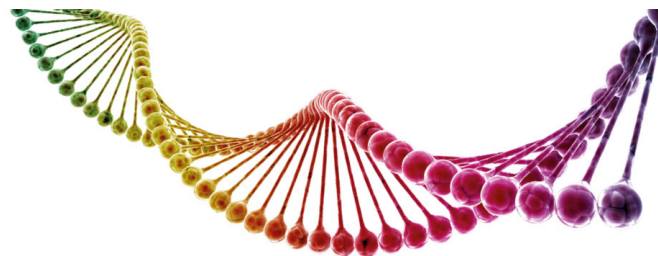
<b>Diagnosen:</b>   <u>nach Trauma/Fraktur:</u> <input type="radio"/> Vollbelastung <input type="radio"/> Teilbelastung <input type="radio"/> Entlastung bis	<b>Funktionsstörungen:</b> <input type="radio"/> Gangstörung / Sturzneigung <input type="radio"/> kognitive Störung / Demenz <input type="radio"/> Depression / Angststörung <input type="radio"/> Gebrechlichkeit <input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> eingeschränkte Selbsthilfefähigkeit <input type="radio"/> aktuelle Lebenssituation kann nicht fortgeführt werden <input type="radio"/> _____ <b>Aktueller Barthel-Index:</b> <input style="width: 40px; border: 1px solid red;" type="text"/> <b>Punkte</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Besonderheiten</b> <input type="radio"/> Vigilanzminderung <input type="radio"/> instabile Vitalparameter <input type="radio"/> offene Wunden / VAC / liegende Draingage(n) <input type="radio"/> Tracheostoma <input type="radio"/> Dialyse <input type="radio"/> Verlegung direkt von Intensivstation <input type="radio"/> fehlende soziale Versorgung  <input type="radio"/> Bettlägerig / Immobilität <input type="radio"/> fortgeschrittene Demenz <input type="radio"/> Weg- / Hinlauftendenz <input type="radio"/> Fixierung / Nachtwache <input type="radio"/> Aggressivität / Delir <input type="radio"/>	<b>Isolationspflicht / MRE</b> <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> MRSA <input type="radio"/> 4 MRGN / <input type="radio"/> 3 MRGN <input type="radio"/> Clostridium difficile <input type="radio"/> NORO / ROTA <input type="radio"/> VRE <input type="radio"/> anderes
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Bemerkungen:</b>
---------------------

<b>Hiermit bitten wir um</b> <input type="radio"/> <b>stationäre geriatrische Behandlung</b> gewünschter Standort: <input type="radio"/> Geriatrie Essen-Steele (Evang. Krankenhaus Essen-Steele, ehemals Knappschafts-Krankenhaus, Am Deimelsberg 34a, 45276 Essen) <input type="radio"/> Geriatrie Essen-Werden (Evang. Krankenhaus Essen-Werden, Pattbergstraße 1-3, 45239 Essen)  gewünschter Aufnahme- / Übernahmeterrmin: <input type="radio"/> so bald wie möglich <input type="radio"/> ab dem _____ <input type="radio"/> <b>Aufnahme in die Tagesklinik Geriatrie (teilstationäre Geriatrie Essen-Steele)</b>  <b>Unterschrift:</b> _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Vielen Dank für Ihre Anmeldung, wir geben Ihnen kurzfristig eine Rückmeldung an obige Kontaktdaten.**



Klinik für Geriatrie / Altersmedizin  
Standort Evang. Krankenhaus Essen-Steele  
Direktor der Klinik Dr. H.-C. Heuer  
Am Deimelsberg 34a  
45276 Essen

**Fax: 0201 174 23000**  
Telefon: 0201 174 23001

**Patientendaten (Aufkleber):**

Name, Vorname:  
Straße:  
Wohnort:  
Geburtsdatum:  
Aufnahmedatum:

## Barthel-Index

<b>Essen</b>	• Unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/> 10
	• Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot zu schneiden	<input type="checkbox"/> 5
	• Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
<b>Bett-(Rollstuhl) Transfer</b>	• Selbstständig ohne fremde Hilfe	<input type="checkbox"/> 15
	• Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> 5
	• Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
<b>Waschen</b>	• Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen	<input type="checkbox"/> 5
	• Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
<b>Toiletten-Benutzung</b>	• Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)	<input type="checkbox"/> 10
	• Benötigt Hilfe z.B. wegen unzureichenden Gleichgewichts, oder bei der Kleidung/Reinigung.	<input type="checkbox"/> 5
	• Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.	<input type="checkbox"/> 0
<b>Baden</b>	• Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 5
	• Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
<b>Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren</b>	• Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, kein Gehwagen	<input type="checkbox"/> 15
	• Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen.	<input type="checkbox"/> 10
	• Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber einen Rollstuhl selbstständig bedienen, auch um Ecken und an den Tisch heranfahren, min. 50 m.	<input type="checkbox"/> 5
	• Nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/> 0
<b>Treppensteigen</b>	• Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	<input type="checkbox"/> 10
	• Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 5
	• Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe keine eine Treppe steigen	<input type="checkbox"/> 0
<b>An- und Auskleiden</b>	• Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett- o. Bruchband)	<input type="checkbox"/> 10
	• Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbstständig durchführen	<input type="checkbox"/> 5
	• Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.	<input type="checkbox"/> 0
<b>Urinkontrolle</b>	• Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystofix	<input type="checkbox"/> 10
	• Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	• Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
<b>Stuhlkontrolle</b>	• Ständig kontinent	<input type="checkbox"/> 10
	• Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	• Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
<b>Gesamt-Punktzahl</b>		_____