

**Anmeldeformular**

<b>Einweisende/s Praxis/KH</b>	<input type="checkbox"/> Kassenpatient <input type="checkbox"/> Privatpatient	KK/KV:
<b>Bitte Patientenadrema aufkleben!</b>  Mindest-Informationen: 1. Patientenvor- und Zuname, Geb.-Datum 2. Anschrift des Patienten 3. Einweisende/s Krankenhaus oder Arztpraxis 4. Telefonnummer der Station oder Praxis	Privat 1-Bett Privat 2-Bett	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Chefarztbehandlung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Telefon-Nr. für Rückfragen	
	gewünschter Verlegungstermin	

**Status vor Erkrankung:**  Selbständig/Wohnung  24-Stundenbetreuung  Altenheim/Wohnbetreuung  Altenheim/Pflegebereich

**Akutmedizinischer Behandlungsbedarf:** \_\_\_\_\_

**Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:** \_\_\_\_\_

**Weitere relevante/n Diagnose/n:** \_\_\_\_\_

Barthel-Index: \_\_\_\_\_ Punkte (Bitte als Anlage beifügen)  
 OP-Datum: \_\_\_\_\_  Bei Fraktur  voll belastbar  Teilbelastbar ab \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ kg  
 Übungsstabil  keine Belastung bis \_\_\_\_\_

Erbrechen  Ja  Nein Hinlauftendenz  Ja  Nein  
 Durchfall  Ja  Nein Aggressivität  Ja  Nein  
 Infektionen (Noro/MRSA/Clost./ESBL/VRE)  Ja  Nein Bei Ja: Welche? \_\_\_\_\_

**Geriatrische Multimorbidität** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Immobilität	<input type="checkbox"/> Starke Seh-/Hörbehinderung	<input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung
<input type="checkbox"/> Kognitive Defizite/Delir/Demenz	<input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung	<input type="checkbox"/> Schmerz
<input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden	<input type="checkbox"/> Rezidiv. Stürze/Schwindel/Gangstörung	<input type="checkbox"/> Multimedikation (>5)/Medikationsprobleme
<input type="checkbox"/> Depression/Angststörung	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Verzögerte Rekonvaleszenz
<input type="checkbox"/> Sensibilitätsstörung	<input type="checkbox"/> Hohes Komplikationsrisiko	

**Sonstiges:**  Nasogastr./Sonde  PEG  DK  Cystofix  Tracheostoma

**Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in der Rehaklinik, weil ...**

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern.
- Komplikationen bestehen: (z.B. Desorientiertheit/Demenz/Depression/wahnhafte Symptomatik/Hinlauftendenz/Wundkomplikationen/ Sehverlust/Hörverlust
- bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen.

**Pflegegrad:**  Nein  I  II  III  IV  V  eingeleitet

**Betreuung:**  Nein  Ja, wer? \_\_\_\_\_

**Heimanmeldung:**  Nein  läuft, ab \_\_\_\_\_  geplant, ab \_\_\_\_\_

**Anmeldung Kurzzeitpflege:**  Nein  läuft, ab \_\_\_\_\_  geplant, ab \_\_\_\_\_

**AHB:**  Nein  angemeldet  geplant, ab \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung:**  Nein  Ja **Versorgungsvollmacht:**  Nein  Ja

**Anmeldung für Datum:** \_\_\_\_\_  Station  Demenzstation  Tagesklinik

**Unterschrift des zuweisenden Arztes:** \_\_\_\_\_ **Telefon-Nr. für Rückfragen:** \_\_\_\_\_

Interne Bearbeitungsvermerke (bitte nicht ausfüllen)

Patient*in wird aufgenommen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Station:	Uhrzeit
Datum		KürzelCA/OÄ	

Evangelisches Krankenhaus Kalk | Klinik für Geriatrie  
CA Dr. med. Gernot Heusinger von Waldegg | Kontakt: Buchforststraße 2 | 51103 Köln  
Tel. 0221 8289-2700 | Fax 0221 8289-2709

## ISAR\* Geriatrisches Screening

Dieser Fragebogen sollte durch das Personal gemeinsam mit dem Patienten (Alter 75 Jahre) oder seiner Bezugsperson ausgefüllt werden. Das Screening gilt als positiv, wenn drei oder mehr Punkte erreicht werden.

Patientenetikett
------------------

**Bitte jede Frage mit Ja oder Nein beantworten!**

<b>Hilfebedarf</b> 1. Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
<b>Akute Veränderung des Hilfebedarfs</b> 2. Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
<b>Hospitalisation</b> 3. Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
<b>Sensorische Einschränkung</b> 4. Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
<b>Kognitive Einschränkung</b> 5. Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0
<b>Multimorbidität</b> 6. Nehmen Sie pro Tag 6 oder mehr verschiedene Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	1 0

**SUMME:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Mitarbeiter\*in

\* modifiziert nach: Warburton RN et al., Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged 75 in a community hospital emergency department, Int J Health Care Qual Assur 2004, 17: 339-348

Evangelisches Krankenhaus Kalk | Klinik für Geriatrie  
CA Dr. med. Gernot Heusinger von Waldegg | Kontakt: Buchforststraße 2 | 51103 Köln  
Tel. 0221 8289-2700 | Fax 0221 8289-2709

## Selbsthilfetätigkeit (Barthel-Index):

<b>Essen</b>	unabhängig benutzt Geschirr und Besteck	10
	Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden	5
	Total hilfebedürftig	0
<b>Baden</b>	Badet ohne Hilfe	5
	Badet mit Hilfe	0
<b>Persönliche Pflege</b>	Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne	5
	Braucht Hilfe	0
<b>Ankleiden</b>	Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10
	Hilfsbedürftig – kleidet sich mindestens zur Hälfte an	5
	Total hilfebedürftig	0
<b>Toilettengang</b>	Unabhängig bei Benutzung der Toilette oder Bettschüssel	10
	Braucht Hilfe, z. B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabung, Papier	5
	Kann nicht auf Toilette	0
<b>Urinkontrolle</b>	Kontinent – oder bedient Windeln, Vorlagen, Katheter ohne Hilfe	10
	Teilweise inkontinent – braucht Hilfe beim Katheter	5
	Inkontinent	0
<b>Stuhlkontrolle</b>	Kontinent	10
	Kontinent mit Hilfe – oder gelegentlich inkontinent	5
	Dauernd inkontinent	0
<b>Bett-Stuhl-Transfer</b>	Unabhängig, inkl. Rollstuhlarretierung und Fußstützen oder vollmobil	15
	Minimale Assistenz oder Supervision notwendig	10
	Kann aufsitzen, braucht aber Hilfe für Transfer	5
	Kann sich selbst nicht aufsetzen	0
<b>Bewegung</b>	Unabhängig, mindestens 50 m, ggf. mit Gehstützen	15
	Geht > 50 m mit geringer Hilfe	10
	Geht < 50 m mit geringer Hilfe; fährt allein Rollstuhl > 50 m	5
	Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder < 50 m fortbewegen	0
<b>Treppensteigen</b>	Unabhängig, ggf. mit Gehhilfe	10
	Braucht Hilfe oder Supervision	5
	Kann nicht Treppensteigen	0
<b>Summe</b>		