



Anmeldung-/ Fax Geriatrie
Patientenmanagement
Andrea Müller / Claudia Fobbe
Fax 0 29 92/ 605-5103
Tel. 0 29 92/ 605-6102

Paderborn,

Gewünschter Aufnahmetag:

Kontakttelefonnummer:

Regelleistung Wahlleistung mit CA-Behandlung 1-Bett , 2-Bett

1. Patientendaten:

Name/Vorname: ,
Anschrift: ,

Geburtsdatum:

Angehöriger/Ansprechpartner:

Telefonnummer:

2. Patientenstatus:

Versorgungssituation	Orientierung	Kommunikation
<input type="checkbox"/> Alleinstehend	<input type="checkbox"/> Vollständig	<input type="checkbox"/> Sprachstörung
<input type="checkbox"/> Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/> Eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Hörstörung
<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege	<input type="checkbox"/> Nicht orientiert	<input type="checkbox"/> Sehstörung
<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege		<input type="checkbox"/> Keine Einschränkung

Soziale Interaktion	Frakturen/Einschränkungen	Dekubitus /Wunden
<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> Komplette Entlastung	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Teilbelastung kg	<input type="checkbox"/> Ja, Grad
<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege	<input type="checkbox"/> Ab wann voll belastbar	<input type="checkbox"/> Wunddokumentation beigefügt
<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege	<input type="checkbox"/> Keine Einschränkung	

Verfügungen	Pflegegrad anerkannt	Isolation notwendig
<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> MRSA
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Ja, Grad	<input type="checkbox"/> ESBL
<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r: Name:	<input type="checkbox"/> Nein, aber notwendig	<input type="checkbox"/> Keine Isolation

Bemerkung:



Indikation zur Einweisung (HD):

Nebendiagnosen:

Barthelemy-Index (aktuell)	Gesamtpunktzahl:			ISAR:	
1.	Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> (0) anreichen	<input type="checkbox"/> (5) vorbereiten	<input type="checkbox"/> (10) selbständig	
2.	Auf- und Umsetzen	<input type="checkbox"/> (0) kein Transfer mögl.	<input type="checkbox"/> (5) erhebliche Hilfe	<input type="checkbox"/> (10) Aufsicht oder geringe Hilfe	<input type="checkbox"/> (15) selbst. Transfer
3.	Sich waschen		<input type="checkbox"/> (0) Unterstützung/Vor und Nachbereitung	<input type="checkbox"/> (5) selbst, bis auf Rücken etc. +Vor & Nachbereitung selbst	
4.	Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/> (0) WC/ WC Stuhl nicht mögl.	<input type="checkbox"/> (5)WC Stuhl mit Aufsicht o. Hilfe	<input type="checkbox"/> (10) WC Stuhl ohne Hilfe (incl. Reinigung)	
5.	Baden/Duschen		<input type="checkbox"/> (0) Unterstützung/ Aufsicht	<input type="checkbox"/> (5) selbständig incl. abtrocknen	
6.	Aufstehen und Gehen	<input type="checkbox"/> (0) nicht möglich	<input type="checkbox"/> (5) mit Hilfe vom Sitzen zum Stand, mit Hilfe oder Gehwagen, Transfer Im Wohnbereich im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> (10) selbständig, ohne Aufsicht, mind. 50 m, am Gehwagen	<input type="checkbox"/> (15) selbständig, ohne Aufsicht, min.50 m ohne Gehwagen Hilfsmittel allein benutzen
7.	Treppensteigen	<input type="checkbox"/> (0) nicht möglich	<input type="checkbox"/> (5) mit Hilfe oder Aufsicht, min. 1 Stockwerk	<input type="checkbox"/> (10) steigt selbständig Treppen, min. 1 Stockwerk	
8.	An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> (0) nicht möglich	<input type="checkbox"/> (5) kleidet den Oberkörper selbständig an	<input type="checkbox"/> (10) zieht sich selbständig an und aus (incl. Socken)	
9.	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> (0)>1 wö stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> (5) 1 * wö.stuhlinkontinent, Hilfe bei AP Versorgung	<input type="checkbox"/> (10)Kontinent, AP Versorgung selbst	
10.	Harnkontinenz	<input type="checkbox"/> (0) mehr als 1* tgl. inkontinent	<input type="checkbox"/> (5) kompensiert Inontinenz, max 1* tgl. Kleidung oder Bettwäsche eingenässt	<input type="checkbox"/> (10)kontinent, DK wird selbst versorgt	

3. Kontaktdaten:

Einweisende Einrichtung beh. Arzt / Hausarzt /Stempel:

Datum: Arzt: