

# PATIENTENANMELDUNG

<input type="checkbox"/> <b>Kardiogeriatrische Stationär</b> (Geriatrie Station 1) Telefon (040) 2546 -2202/ Telefax (040) 2546 -2200		<input type="checkbox"/> <b>Kardiogeriatrische Beratung</b> OA Fr. Dr. Voges (Geriatrie) / OA Hr. Dr. Schewel (Kardiologie)	
Patientendaten		Zusatzinformationen	
Name		<input type="checkbox"/> CDA <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRGN, Grad: <input type="checkbox"/> andere Infektion(en)	
Vorname		<input type="checkbox"/> motorische Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> kognitive/psychische Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> Sprach-/Sprech-/Schluckstörung <input type="checkbox"/> Hilfestellung beim Essen <input type="checkbox"/> Hilfestellung beim An-/Auskleiden <input type="checkbox"/> Hilfestellung beim Toilettengang	
Geb. Datum		<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Blasenkatheter <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> <b>Barthel-Index:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>gesetzliche Betreuung</b> <b>Kontakt:</b> _____	
Straße		<input type="checkbox"/> selbständiger Transfer <input type="checkbox"/> Gehstützen <input type="checkbox"/> Transfer mit Hilfe <input type="checkbox"/> Transfer im Rollstuhl <input type="checkbox"/> aktuell bettlägerig <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Wohnort			
Telefon			
Kontaktperson (Name/Tel)			
<input type="checkbox"/> Wahlleistung Arzt <input type="checkbox"/> 1 Bett    oder <input type="checkbox"/> 2 Bett			
Krankenkasse:			
<b>Kardiologische Diagnosen</b> <input type="checkbox"/> <b>Herzinsuffizienz:</b> <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> bi. <input type="checkbox"/> <b>Klappenfehler:</b> <input type="checkbox"/> AK <input type="checkbox"/> MK <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> <b>Herzrhythmusstörung:</b> <input type="checkbox"/> <b>Blutungsneigung:</b> <input type="checkbox"/> <b>sonstiges:</b>			
<b>weitere Diagnosen:</b>  <b>Gewünschte Aufnahme ab:</b> <b>Absender (Stempel):</b> <b>Datum:</b> <b>Telefon:</b>  <b>Name:</b> _____ <b>Unterschrift:</b> _____			

Sehr geehrte Damen und Herren, **Rückantwort**  
vielen Dank für Ihre Patientenmeldung. **Bitte beachten Sie nachfolgende Informationen.**

- Die Aufnahme erfolgt ...
- Pat. steht auf der Warteliste der Station Geriatrie \_\_\_\_\_
- Leider ist keine Aufnahme möglich.
- Sie werden benachrichtigt, sobald die Aufnahme erfolgen kann.
- Rückfragen bitte direkt an den aufnehmenden Bereich (siehe unten)

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Station Geriatrie 1             | Telefon (040) 25 46 – 22 51 | Telefax (040) 25 46 - 22 50 |
| <input type="checkbox"/> Chefarztsekretariat Geriatrie   | Telefon (040) 25 46 – 22 02 | Telefax (040) 25 46 - 22 00 |
| <input type="checkbox"/> OA Fr. Dr. Voges Geriatrie      | Telefon (040) 25 46 – 22 98 | Telefax (040) 25 46 - 22 00 |
| <input type="checkbox"/> Chefarztsekretariat Kardiologie | Telefon (040) 25 46 – 21 02 | Telefax (040) 25 46 - 21 00 |
| <input type="checkbox"/> OA Hr. Dr. Schewel Kardiologie  | Telefon (040) 25 46 – 29 48 | Telefax (040) 25 46 - 21 00 |

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Konsiliar

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift

## Barthel-Index Hamburger Einstufungsmanual

gültig für:  MK  MZ  Marien Service

Patientenetikett	Datum:
	Untersucher:

Punkte:	ESSEN
10	komplett selbstständig oder selbständige PEG-Beschickung/- Versorgung
5	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/- Versorgung
0	kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung
	AUFSETZEN UND UMSETZEN
15	komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
10	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
5	Erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
0	wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert
	SICH WASCHEN
5	Vor Ort selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren
0	Erfüllt „5“ nicht
	TOILETTENBENUTZUNG
10	Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettensstuhl incl. Spülung/Reinigung
5	Vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettensstuhlbenutzung oder deren Spülung/Reinigung erforderlich
0	Benutzt faktisch weder Toilette, noch Toilettensstuhl
	BADEN/DUSCHEN
5	Selbständiges Baden oder Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen
0	erfüllt „5“ nicht
	AUFSTEHEN UND GEHEN
15	ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und geht selbständig mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen
10	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen
5	Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen; alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig mit Rollstuhl
0	Erfüllt „5“ nicht

## Barthel-Index Hamburger Einstufungsmanual

<b>TREPPENSTEIGEN</b>	
10	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen
5	Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens hinauf und hinunter
0	erfüllt „5“ nicht
<b>AN- UND AUSKLEIDEN</b>	
10	Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe, (und ggf. benötigte Hilfsmittel z. B: ATS, Prothesen) an und aus
5	Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind
0	erfüllt „5“ nicht
<b>STUHLKONTROLLE</b>	
10	Ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung
5	Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/AP-Versorgung
0	Ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent
<b>HARNKONTROLLE</b>	
10	ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz/ versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche).
5	Kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)
0	Ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent
<b>GESAMTSUMME</b>	