Aufnahme-Antrag

Klinik für akut Geriatrie und geriatrische Frührehabilitation

Ketteler Krankenhaus Offenbach
Bischof W. E. von Ketteler

Patientendaten/ Patientenetikett
Name, Vorname, Geburtsdatum:

Anschrift:

Klinik für Akutgeriatrie
und geriatrische Frührehabilitation
Chefarzt:
Mirko Nossek
Facharzt für Innere Medizin,
Geriatrie, Palliativmedizin, Hypertensiologie

Lichtenplattenweg 85
63071 Offenbach / Main

Tel.: 069 / 8505 - 404 (Sekretariat)
Fax: 069 / 8505 - 151
E-Mail: geriatrie@ketteler-krankenhaus.de
Homepage: www.ketteler-krankenhaus.de

Anmeldende Klinik oder Praxis:
Name, Anschrift (Stempel)

Ansprechpartner,
Tel.-Nr.:

Kostenträger :_____ **Versichertennummer**:_____

Zusatzversicherung: □ ja □ nein **Name:** _____

Wahlleistung: **Chefarzt:** □ ja □ nein

Hausarzt:_____ **Familienstand:**_____

Bezugsperson / Angehörige: □ nein □ ja; **Name, Tel.-Nr.:**_____

Gesetzlicher Betreuer: □ nein □ ja; **Name, Tel.-Nr./ Fax:** _____

Patientenverfügung: □ ja □ nein

_____

Pflegegrad: □ nein □ wenn, ja □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ beantragt

_____

Hauptdiagnose / aktuell Behandlungsbedürftige Erkrankung:		
Nebendiagnose:		
☐ Art. Hypertonie	☐ KHK	☐ Z.n. Myokardinfarkt
☐ Chr,. Herzinsuffizienz	☐ Herzrhythmusstörungen	☐ Aktuell dekompensiert
☐ COPD/ Emphysem	☐ Asthma bronchiale	☐ Aktuell exacerbiert
☐ Z.n. Apoplex / Hirnblutung	☐ Hemiparese	☐ Schluckstörung
☐ Aphasie/ Dysarthrie	☐ Neuropsychologische Störung	☐ pAVK, St.
☐ Wunde	☐ Chr. Niereninsuffizienz	☐ Diabetes mellitus
☐ Belastungseinschränkung	☐ Degen. Wirbelsäulen-Erk.	☐ Osteoporose
☐ Parkinson	☐ Depression	☐ Demenz
☐ Z.n. frischer OP (Hüfte, …)	☐ PEG-Sonde	☐
☐ Sonstiges		

Bisherige Versorgung zu Hause:
□ selbständig □ mit fremder Hilfe;
□ Angehörigen □ Bekannte □ Pflegedienst □ Altenheim

Aufnahme-Antrag **Klinik für akut Geriatrie und geriatrische Frührehabilitation**	Ketteler Krankenhaus Offenbach Bischof W. E. von Ketteler

Mobilität: □ Voll selbständig □ ohne Hilfsmittel □ Mit Hilfsmittel □ Hilfsperson □ bettlägerig

Erlaubter Belastung bei Frakturen: □ Vollbelastung □ Teilbelastung ____Kg, bis wann_____
Nächste Röntgen-Kontrolle am _____

Amputationen: □ nein □ ja □ OP am _____
Wundheilung abgeschlossen: □ nein □ ja
Prothesenversorgung eingeleitet: □ nein □ ja, Prothese vorhanden: □ nein □ ja

Isolationsbedürftige Keime:

MRSA-Screening (Nase/ Rachen/ Leiste):
□ nicht untersucht □ Ergebnis steht noch aus □ Negativ (Bitte Befund- Mitgabe)

Clostridien Enteritis: □ nein □ ja □ saniert □ VRE □ 3 MRGN □ 4MRGN
Noroviren Enteritis: □ nein □ ja □ saniert
Sonstige multiresistente Keime: □ nein □ ja, welcher? _____
Wo_____, □ saniert, letzter Abstrich:_____

Dekubitus: □ nein □ ja, wo:_____
Stadium: □ I □ II □ III □ IV

Respiratorische Faktoren:

Sauerstoffgerät: □ Keine, □ ja, O2-Fluss _____l/min, □ intermittierend □ kontinuierlich

Nicht-invasive Beatmung (NIV) oder CPAP-Gerät:
□ Keine, □ ja, O2-Fluss _____l/min, □ intermittierend □ kontinuierlich

Orientierung:

Orientierungsstörungen:	□ keine	□ gelegentlich	□ ständig
Verwirrtheitszustände:	□ keine	□ gelegentlich	□ ständig
Antriebsstörungen:	□ keine	□ gelegentlich	□ ständig
Weglauftendenz:	□ keine	□ gelegentlich	□ ständig

Patient will: □ nach Hause □ zu den Angehörigen □ ins Alten/Pflegeheim □ Sonstiges
Ggfs.: spezielle Therapieziele:
_____

Erwünschter Verlegungstermin: _____

Barthel-Index: Bitte füllen sie den beigefügten Barthel-Index aus.

Bei Fragen sind wir unter der folgenden Tel.-Nr. zu erreichen: 069/ 8505- 404 (Sekretariat)
Fax-Nr.: 069/ 8505- 151

_____
Datum/ Name des Arztes/ Unterschrift

Barthel-Index, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

	Punkte	Datum
1. Essen		
Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	10	
Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden / Hilfe bei PEG/ MS-Versorgung	5	
Total hilfsbedürftig beim Essen, Keine PEG/ MS-Ernährung	0	
2. Baden		
Badet oder duscht ohne Hilfe	5	
Badet oder duscht mit Hilfe	0	
3. Waschen		
Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne, wenn Utensilien	5	
Braucht Hilfe	0	
4. An- und Auskleiden		
Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10	
Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an/ aus	5	
Total hilfsbedürftig	0	
5. Stuhlkontrolle		
Kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des Stoma	10	
Teilweise inkontinent, max.1 x Woche., Hilfestellung bei Stoma Pflegeversorgung	5	
Inkontinent	0	
6. Urinkontrolle		
Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/ SPF/ Urostomas	10	
Teilweise inkontinent, max.1x Woche., Hilfestellung bei Versorgung des DK/ SPK/	5	
Häufiger/ ständig inkontinent	0	
7. Toilettenbenutzung		
Unabhängig bei Benutzung der Toilette/ des Nachtstuhls, inklusive Reinigung	10	
Braucht Hilfe für z. B. Gleichgewicht, Kleidung aus-/anziehen, Toilettenpapier	5	
Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl	0	
8. Bett-/(Roll-)Stuhltransfer		
Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	15	
Minimale Assistenz oder Supervision	10	
Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe	5	
Bettlägerig	0	
9. Bewegung / Gehen		
Gehen ohne personelle Aufsicht oder Gehwagen (aber ggf. Stöcke/ UAGS) für	15	
Gehen ohne personelle Aufsicht oder personelle Hilfe mit einem Gehwagen,	10	
Gehen mit Laienhilfe oder Gehwagen im Wohnbereich oder im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5	
Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht.	0	
10. Treppensteigen		
Ohne Aufsicht od. personelle Hilfe (ggf. mit Stöcken / Gehstützen), mindesten ein Stockwerk hinauf und hinunter steigen	10	
Mit Aufsicht oder Laienhilfe Hilfe mindesten ein Stockwerk hinauf u. hinunter	5	
Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht.	0	
Gesamtpunktzahl (max. 100)		