

Patientendaten Name, Vorname: Adresse: Geb.: Krankenkasse: Geschlecht:	Anmeldung der Patienten für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung Standort: Bernburg Kontakt: Dispatcher – Zentrales Bettenbelegungsmanagement Email via KIM: Geriatrie.Klinikum.Bernburg.261500449@ameos.kim.telematik Email via Outlook: geriatrie.ost@ameos.de ☎ Tel.:/FAX-Nr.: 03471-34 2335/2026
--	---

Orientierungshilfen zur geriatrischen Anmeldung:

- ☐ Pat. 60-69 Jahre alt mit nachgewiesener Multimorbidität/geriatrischen und funktionellen Einschränkungen (geriatrischen Handlungsbedarf)
- ☐ Pat. ≥ 70 Jahre alt
- ☐ Komorbiditäten
- ☐ Krankenhausbehandlungspflichtigkeit besteht
- ☐ Für diese Hauptdiagnose wurde **kein** Antrag auf Rehabilitation gestellt (n. §40 SGB V).
- ☐ Aktuell wurde noch **keine** geriatrische Komplexbehandlung durchgeführt.
- ☐ Aufklärung zur geriatrischen Weiterbehandlung und Verlegung des Patienten erfolgte.

Aktuelle geriatrische Problematik

- ☐ Sturzneigung/Schwindel
- ☐ Immobilität
- ☐ Frailty (Gebrechlichkeit)
- ☐ Fehl-/Mangelernährung
- ☐ (Hemi-)Parese
- ☐ Kognitive Defizite
- ☐ Depression/Angst
- ☐ Dekubitus/chronische Wunden
- ☐ Inkontinenz (Harn/Stuhl)

Pflegegrad:	☐ keinen ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Versorgung durch (Name):	
Aktueller Barthel:	/100 Pkt.	Tel.-Nr. Angehörige / Betreuer:	
ISAR:	/6 Pkt.	Wohnsituation:	
Kognitiver Status:		Aktuelle Hilfsmittel:	
Größe/Gewicht:		Übernahme Wunschtermin:	

Klinik:		Station:	
HA:		Patient seit:	
Ansprechpartner: (Name/Tel./Email)			

Hauptdiagnose:			
Nebenerkrankungen (insb. Dialyse, Tumorerkrankung mit laufender Therapie, Sauerstofftherapie):			
OP am:			
Voll- / Teilbelastung (kg):			
Aktuelle Mobilität (Bettkante, Stand, Gang mit/ohne Hilfsmittel):			
Delir/Erregungszustände (Antipsychotika/Fixierung):			
Isolationsnotwendigkeit/Erreger	☐ Nein ☐ Ja	Welche:	
Wunden & Lokalisation			

Patientenstatus			
ZVK/Sonde	☐ Nein	☐ Ja	
Trachealkanüle	☐ Nein	☐ Ja	Größe: Firma:
Spezielle Therapien (Dialyse, Perfusor, Drainage, Vakuumpumpe etc.)	☐ Nein	☐ Ja	Welche?

Weitere Faktoren	
intensiv-medizinisch überwachungspflichtiger Zustand	☐
absaugpflichtiges Tracheostoma	☐
intermittierende Beatmung	☐
beaufsichtigungspflichtige Verwirrtheit	☐
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung	☐
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	☐
schwere Sprach- und Kommunikationsstörung	☐

Rehabilitationspotenzial	☐ gut	☐ mäßig	☐ schlecht
Instruktionsverständnis	☐ gut	☐ mäßig	☐ schlecht
Motivation	☐ gut	☐ mäßig	☐ schlecht
Ziele Frührehabilitation:			

ISAR: „Identification of Seniors At Risk“	Ja	Nein
1. Hilfebedarf: Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	☐ 1	☐ 0
2. Akute Veränderung: Benötigen Sie in der letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	☐ 1	☐ 0
3. Hospitalisation: Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	☐ 1	☐ 0
4. Sensorische Einschränkung: Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	☐ 1	☐ 0
5. Kognitive Einschränkung: Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	☐ 1	☐ 0
6. Multimorbidität: Nehmen Sie pro Tag 6 oder mehr verschiedene Tabletten ein?	☐ 1	☐ 0
Summe:	/ 6 P.	

Checkliste vor Verlegung:

- ☐ mikrobiologischer Keimstatus
- ☐ Echokardiographie-Vorbefunde (aktuell oder älter) mitgeben
- ☐ Röntgendiagnostik mitgeben
- ☐ Arztbrief, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung
- ☐ Medikamentenplan
- ☐ Für Hausärzte: Einweisungsschein
- ☐ Information an Angehörige erfolgt

Barthel-Index

Datum der Erhebung:

Essen	Punkte	
komplett selbstständig oder selbstständige PEG-Versorgung	10	☐
Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbstständiges Einnehmen/ Hilfe bei PEG-Versorgung	5	☐
kein selbstständiges Einnehmen und keine Magensonde-/PEG-Ernährung	0	☐
Körperpflege (Zähneputzen, Kämmen, Rasieren, Waschen)		
unabhängig	5	☐
nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	0	☐
Baden		
selbstständig inkl. Ein-/Aussteigen und Abtrocknen, keine Aufsicht	5	☐
nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	0	☐
An- & Auskleiden		
in angemessener Zeit komplett selbstständig (keine Hilfe bei ATS, Prothesen)	10	☐
nur mit Hilfe	5	☐
voll abhängig	0	☐
Stuhlkontinenz		
stuhlkontinent, selbstständig bei rektalen Abführmaßnahmen/AP-Versorgung	10	☐
max. 1x/Woche inkontinent/Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/AP-Versorgung	5	☐
mehr als 1x/Woche inkontinent	0	☐
Harnkontinenz		
harnkontinent, kompensiert seine Inkontinenz oder versorgt DK selbstständig	10	☐
max. 1x/Tag inkontinent/Hilfe bei DK-Versorgung	5	☐
mehr als 1x/Tag inkontinent	0	☐
Toilettenbenutzung		
vor Ort komplett selbstständig inkl. Spülung/Reinigung	10	☐
Hilfe oder Aufsicht bei Benutzung/Spülung/Reinigung	5	☐
bettlägerig, völlig abhängig/ keine Nutzung von Toilette/Toilettenstuhl	0	☐
Auf- und Umsetzen		
komplett selbstständig (Liegen, Bettkante, (Roll-)stuhl, hin und zurück)	15	☐
Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10	☐
erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe/professionelle Hilfe)	5	☐
kein Betttransfer	0	☐
Bewegungsfähigkeit		
ohne Aufsicht/Hilfe vom Sitz in den Stand und >50 m ohne Rollator gehen	15	☐
ohne Aufsicht/Hilfe vom Sitz in den Stand und <50 m mit Rollator gehen	10	☐
vom Sitz in den Stand mit Hilfe, kurze Strecken mit Hilfe/Rollator oder selbstständige Rollstuhlfortbewegung >50 m	5	☐
keine/<50m im Rollstuhl selbstständige Fortbewegung	0	☐
Treppensteigen		
unabhängig (ggf. mit Hilfsmittel)	10	☐
mit Hilfe möglich (Begleitperson)	5	☐
unmöglich	0	☐
Gesamt:		/100