|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Absender** |  | Bitte Anmeldung - Fax an: 0271 / 333 – 4640!Rückfragen gerne an Tel.: 0271 / 333 – 4644  oder 4649! |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| [ ]  Frau [ ]  Herr |  | **Klinische** Diagnosen |
| Name, Vorname | Geburtsdatum |  |  |
| Straße | PLZ, Ort |  |  |
| Krankenkasse | Krankenversicherungs- Nr.  |  | **Begleiterkrankungen** |
| Hausarzt  |  |  |
| Konfession | Patienten-Telefon |  |  |
| Wahlleistung: [ ]  AW [ ]  I Bett [ ]  2 Bett |  |  |
| aktuell bestehende Besiedelung/Infektion: [ ]  nein [ ]  ja Erreger: [ ] Art:  |
| **Pflegegrad**  [ ]  ohne Pflegegrad [ ]  Pflegegrad beantragt am:       [ ]  vorläufiger Pflegegrad seit:      [ ]  Pflegegrad 1 [ ]  Pflegegrad 3 [ ]  Pflegegrad 5 [ ]  Pflegegrad 2 [ ]  Pflegegrad 4 [ ]  Höherstufung beantragt  |
| **Besteht akutmedizinischer Therapiebedarf?** [ ]  ja [ ]  ja [ ]  instabile Vitalparameter[ ]  Begleiterkrankungen zur kurativen oder palliativen Therapie[ ]  Kreislaufinstabilität oder andere Ursache für eine herabgesetzte Belastbarkeit[ ]  Verwirrtheit, Demenz, Delir, Depression, Wundheilungsstörungen, starker Schmerz[ ]  Akuterkrankung[ ]  Verschlechterung einer chronischen Erkrankung mit drohendem Verlust der TeilhabeWelche:       |
| **Bei Fraktur:**OP-Datum:      [ ]  Vollbelastung[ ]  Übungsstabilität unter Belastung[ ]  Teilbelastung mit       kg erlaubt. |
| **Soziale Aspekte/Wohnsituation vor Ereignis:**[ ]  zu Hause alleine / selbständig [ ]  zu Hause mit Partner [ ]  zu Hause mit Pflegedienst [ ] Wohnung bei Angehörigen [ ]  24 EU Kraft [ ]  Pflegestation Seniorenheim [ ] Wohnbereich Altenheim**Angehörige/Hauptbezugsperson** Verwandtschaftsgrad (z.B. Frau, Sohn):  |
| Name, Vorname | Straße | PLZ, Ort | Telefon |
| [ ]  **Gesetzlicher Betreuer**  [ ]  **Bevollmächtigter**  Anmerkungen:  |
| Name, Vorname | Straße | PLZ, Ort | Telefon |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aktivitäten des täglichen Lebens** | Aktivität **selbständig** möglich, ggf. mit Hilfsmitteln  | Aktivität mit **geringer, punktueller** Hilfemöglich  | Aktivität mit geringer Eigenbeteiligung: **überwiegende personelle Hilfe** | Aktivität **unselbständig,** wird fremd übernommen  |
| **Körperpflege** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Nahrungsaufnahme** [ ]  PEG | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Ausscheidung** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Dekubitus:** [ ]  ja[ ]  nein **Ort und Größe:** |
| **Störung der Sinnesorgane:** [ ]  nein[ ]  Hören [ ]  Sehen |
| **Mobilität:** bettlägerig [ ]  ja wie lange:     [ ]  Rollstuhl [ ]  aktiv[ ]  passiv[ ]  mit Hilfsmittel [ ]  hoher Gehwagen [ ]  Rollator[ ]  Unterarmgehstützen [ ]  Handstock |
| **Psychosoziale Probleme:** [ ]  ja[ ]  nein[ ]  Orientierungsstörung [ ]  keine[ ]  gelegentlich[ ]  ständig[ ]  Verwirrtheitsstörungen [ ]  keine[ ]  gelegentlich[ ]  ständig[ ]  Antriebsstörungen [ ]  keine[ ]  gelegentlich[ ]  ständig[ ]  Verhaltensauffälligkeit [ ]  keine[ ]  gelegentlich[ ]  ständig  seit wann:      |
| Voraussichtliches Übernahmedatum**:** |
| Entlassung wohin gewünscht**:** |
| **Ansprechpartner/Name:** | **Station/Bereich:**  |
| **Datum:** | **Telefon**: |

**Patienten-Daten:**

(bitte Aufkleber benutzen):

**Barthel-Index (BI)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Essen** | komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung  | **10** |
| Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung  | **5** |
| kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung  | **0** |
| **Aufsetzen & Umsetzen**  | komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-) Stuhl und zurück  | **15** |
| Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)  | **10** |
| erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)  | **5** |
| wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert  | **0** |
| **Sich waschen** | vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren  | **5** |
| erfüllt "5" nicht  | **0** |
| **Toilettenbenutzung**  | vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung  | **10** |
| vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich  | **5** |
| benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl  | **0** |
| **Baden/Duschen**  | selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen  | **5** |
| erfüllt "5" nicht  | **0** |
| **Aufstehen & Gehen**  | ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen | **15** |
| ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen  | **10** |
| mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl  | **5** |
| erfüllt "5" nicht  | **0** |
| **Treppensteigen**  | ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen  | **10** |
| mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter  | **5** |
| erfüllt "5" nicht  | **0** |
| **An- und Auskleiden**  | zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus | **10** |
| kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind  | **5** |
| erfüllt "5" nicht  | **0** |
| **Stuhlkontinenz** | ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung  | **10** |
| ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung  | **5** |
| ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent  | **0** |
| **Harninkontinenz**  | ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) | **10** |
| kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems  | **5** |
| ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent  | **0** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Summe** | **Max. 100 Punkte.** |  |