|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Teilhabe  Welche: | | | | | | |
| **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** Hilfe möglich | 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.** |  |