

- Geriatriische Klinik
 Geriatriische Tagesklinik

Fax: 040 725 541242

PD Dr. Alexander Rösler
Chefarzt
Klinik für Geriatrie
Bethesda Krankenhaus Bergedorf
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Hamburg
Glindersweg 80
21029 Hamburg
Telefon (040) 725 54 – 1241
Telefax (040) 725 54 – 1242
E-Mail roesler@bkb.info
www.klinik-bergedorf.de

Hamburg, den

Wir bitten um Übernahme des Patienten/ der Patientin

Hauptdiagnose

**Relevante
Nebendiagnosen:** -
-
-
-
-

Pat - Aufkleber oder

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Versichertenr: _____

Übernahme möglich ab:

Versichertenstatus

- Wahlleistung Regelleistung 1 Bett Zimmer 2 Bett Zimmer

Infektiosität / Isolierung

- keine MRSA Noro Clostr. diff.

Soziales Umfeld

- häusl. Gemeinschaft alleinstehend Heim

Betroffene Funktion

- Mobilität Stabilität Kontinenz Kognition Kommunikation ADL / Körperpflege

Mobilität zur Zeit

- bettlägerig Bettkante gehfähig mit Hilfe gehfähig alleine Mobil im Rollstuhl HM:

Belastung Beine

- Voll Teilbelastung bei kg Voll Teilbelastung bei kg

Belastung Arme

Neurologie

- Aphasie Schluckstörung Parese Arm rechts links
Bein rechts links

Orientierung

- Zeitlich ja nein Örtlich ja nein Zur Person ja nein

Kooperation / Motivation

- vorhanden vermindert keine Kooperation

Pflege

- Wunde ja nein Dekubitus ja nein Infos:

Sonstiges:

Patientenname		Erhebungsdatum
<input type="checkbox"/>	Pkt.	Essen
<input type="checkbox"/>	10	komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung
<input type="checkbox"/>	05	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung
<input type="checkbox"/>	00	kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung
<input type="checkbox"/>	Pkt.	AUFSETZEN & UMSETZEN
<input type="checkbox"/>	15	komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
<input type="checkbox"/>	10	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
<input type="checkbox"/>	05	erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
<input type="checkbox"/>	00	wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert
<input type="checkbox"/>	Pkt.	SICH WASCHEN
<input type="checkbox"/>	05	vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren
<input type="checkbox"/>	00	erfüllt „5“ nicht
<input type="checkbox"/>	Pkt.	TOILETTENBENUTZUNG
<input type="checkbox"/>	10	vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung / Reinigung
<input type="checkbox"/>	05	vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich
<input type="checkbox"/>	00	benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/>	Pkt.	BADEN / DUSCHEN
<input type="checkbox"/>	05	selbständiges Baden oder Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen
<input type="checkbox"/>	00	erfüllt „5“ nicht
<input type="checkbox"/>	Pkt.	AUFSTEHEN & GEHEN
<input type="checkbox"/>	15	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen
<input type="checkbox"/>	10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen
<input type="checkbox"/>	05	mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig mit Rollstuhl
<input type="checkbox"/>	00	erfüllt „5“ nicht
<input type="checkbox"/>	Pkt.	TREPPENSTEIGEN
<input type="checkbox"/>	10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen
<input type="checkbox"/>	05	mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter
<input type="checkbox"/>	00	erfüllt „5“ nicht
<input type="checkbox"/>	Pkt.	AN- & AUSKLEIDEN
<input type="checkbox"/>	10	zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) an und aus
<input type="checkbox"/>	05	kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind
<input type="checkbox"/>	00	erfüllt „5“ nicht
<input type="checkbox"/>	Pkt.	STUHLKONTINENZ
<input type="checkbox"/>	10	ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung
<input type="checkbox"/>	05	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung
<input type="checkbox"/>	00	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent
<input type="checkbox"/>	Pkt.	HARNKONTINENZ
<input type="checkbox"/>	10	ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)
<input type="checkbox"/>	05	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
<input type="checkbox"/>	00	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent
		Gesamtsumme
Absender:		Für Rückantwort Fax Nummer
Stempel bzw. Name Telefonnummer		Bei Verlegung interne Arzt Telefonnummer
Unterschrift		Bei Direkt- aufnahme Kontaktperson & Telefon