

Klinik für Innere Medizin III und Geriatrie

- Anmeldung zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung -

Name, Vorname:.....
 Geburtsdatum:.....
 Anschrift:.....
 Tel:.....

Leitender Arzt:
 Chefarzt Dr. med. K. Lehmann
 Facharzt für innere Medizin, klinische Geriatrie,
 Qualitätsmanagement
 Kapellenstraße 2-5
 50226 Frechen
 Tel: 022345024100
 Fax: 022345024104
 Email: geriatry@khs-frechen.de

Krankenversicherung

- gesetzlich privat Chefarztbehandlung 1-Bett 2-Bett

Anmeldendes Krankenhaus/Arztpraxis.....Tel:.....

Gewünschter Aufnahmeterrmin:

Hauptdiagnose: (Kurzbeschreibung der Klinik).....

Zeitlicher Verlauf der Erkrankung:

(Bitte um Übersendung des Entlassungsberichtes/ggf. Belastbarkeit der Fraktur in kg.)

Nebendiagnosen:.....

Unterschrift beantragender Arzt

Zusatzstörungen:

- Wundheilungsstörungen
- Decubitus Grad:
- Kontrakturen
- Sonde
- hochgradige Sehstörungen
- hochgradige Schwerhörigkeit
- Sprachstörungen
- Schluckstörungen
- Unruhezustände dauerhaft zeitweise
- Verwirrtheit dauerhaft zeitweise
- fehlende Motivation
- chron. Schmerzen Wo?.....

Vorhandene Hilfsmittel:

Vorhandene Pflegestufe: nein ja
 Betreuung: vorhanden nicht vorhanden

Behandlungsziel:
 Rückkehr Wohnung zu Verwandten Altenwohnung Altenheim

Barthelindex

n. s. m. U. s.

1. Essen und Trinken (m.U. = vorbereitet)	0	5	10
2.) Umsteigen vom Rollstuhl ins Bett und umgekehrt und Aufsetzen im Bett	0	5	10
3.) Persönliche Pflege (Gesicht waschen, kämmen, Rasieren, Zähne putzen)	0	5	10
4.) Benutzung der Toilette (an/auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)	0	5	10
5.) Baden/Duschen	0	5	10
6.)Gehen auf ebenem Grund	0	5	10
6a.)Fortbewegen mit Rollstuhl (nur wenn bei 6 -0-)	0	5	10
7.) Treppen auf- und absteigen	0	5	10
8.) An- und Ausziehen einschl. Schuhe zubinden und Knöpfe schließen	0	5	10
9.) Stuhlkontrollle	0	5	10
10.)Harnkontrolle	0	5	10
Summe			

n. s.= Nicht selbständig,
 m.U. = mit Unterstützung
 s.= selbständig