



# Anmeldung

zur (teil-)stationären Krankenhausbehandlung gem. § 39 SGB V im

Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen

Am Krähenberg 1, 34369 Hofgeismar

Tel.: 05671/50720, Fax: 05671/5072-223



Geriatrie stationär     Geriatr. Tagesklinik \*

Neurologische Frührehabilitation Phase B \*\*

## Patient(in):

Name: \_\_\_\_\_ Geb. datum: \_\_\_\_\_

Anschrift, Tel.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

## Zuzahlungspfl. Wahlleistung:

Chefarztbehandlung [ ] JA [ ] NEIN

1 Bett-Zimmer [ ] JA [ ] NEIN

2 Bett-Zimmer [ ] JA [ ] NEIN

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ stationär seit: \_\_\_\_\_

## Angehörige:

(Betreuer) Name, Adresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

## Hauptdiagnose:

\_\_\_\_\_ Krankheitsbeginn \_\_\_\_\_

## Relev. Nebendiagnosen:

## Bemerkungen:

Verlauf, Komplikationen, Ziel, spez. Medikation ... \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Für Tagesklinik:  Taxi  Rollstuhltransport  früh. Aufenthalte im Ev. KH. Gesundbrunnen im Jahr:

**Bewusstsein:**  wach  Vigilanzstörung  Koma

**Kognitiver Status:**  o. B.  verwirrt  aggressiv/selbstgefährdend  Weglauftendenz  Neglect

**Aphasie, Dysarthrie:**  Nein  Ja \_\_\_\_\_

**Schluckstörung:**  Nein  Ja, versorgt mit:  Nasensonde  PEG  Parenterale Ern.  Port

**DK:**  Nein  Ja, transurethral  suprapubisch

**Dialyse:**  Nein  Ja \_\_\_\_\_

**Dekubitus/Wunde:**  Nein  Ja \_\_\_\_\_  Abstrich erfolgt \_\_\_\_\_

**MRSA/MRGN/VRE:**  Nein  Ja \_\_\_\_\_  Besiedelung  Infektion  Isolierung erforderlich

**körperl. belastbar:**  voll  reduziert  Extremitäten-Prothese: \_\_\_\_\_

**Osteosynthese/TEP**  voll  nicht belastbar  teilbelastbar mit \_\_\_\_\_ kg für ca. \_\_\_\_\_ Wochen

**bei Tracheostoma:** Absaugfrequenz: \_\_\_\_\_  CPAP:

## Barthel-Index (aktuell)

bitte [X] ankreuzen

	nicht möglich	mit Hilfe	selbstständig
1. Essen und Trinken	[ 0 ]	[ 5 ]	[ 10 ]
2. Umsteigen aus dem Bett in den Rollstuhl und umgekehrt	[ 0 ]	[ 5 ]	[ 15 ]
3. Persönliche Pflege	[ 0 ]	[ 0 ]	[ 5 ]
4. Benutzung der Toilette	[ 0 ]	[ 5 ]	[ 10 ]
5. Baden/Duschen	[ 0 ]	[ 0 ]	[ 5 ]
6. Gehen auf ebenem Untergrund	[ 0 ]	[ 10 ]	[ 15 ]
6a. Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund	[ 0 ]	[ 0 ]	[ 5 ]
7. Treppen auf- und absteigen	[ 0 ]	[ 5 ]	[ 10 ]
8. An- und Ausziehen	[ 0 ]	[ 5 ]	[ 10 ]
9. Stuhlkontrolle	[ 0 ]	[ 5 ]	[ 10 ]
10. Harnkontrolle	[ 0 ]	[ 5 ]	[ 10 ]

\*\* für NFR bitte zusätzlich angeben:

	JA	NEIN
a) intensivmed. überwachungspfl. Zustand	[ - 50 ]	[ 0 ]
b) absaugpflichtiges Tracheostoma	[ - 50 ]	[ 0 ]
c) intermittierende Beatmung	[ - 50 ]	[ 0 ]
d) beaufsichtigungspfl. Orientierungsstörung	[ - 50 ]	[ 0 ]
e) beaufsichtigungspfl. Verhaltensstörung	[ - 50 ]	[ 0 ]
f) schwere Verständigungsstörung	[ - 25 ]	[ 0 ]
g) beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	[ - 50 ]	[ 0 ]

## Zuweisendes Krankenhaus / Praxis:

(Stempel)

Station: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## Sozialdienst:

(Ansprechpartner, Planung)

## Verlegung möglich ab:

(Bitte Röntgen, CT etc. mitgeben)

## Beh. Arzt / Ärztin:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_