

# Anmeldebogen Geriatrie

Gültigkeitsbereich: JOKBA / Geriatrie

Dokumentenart: FI



St. Josefs Krankenhaus  
Balsaerische Stiftung gGmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Justus-Liebig-Universität Gießen

## Anmeldeformular Geriatrie Hessen nach § 39 SGB V

St. Josefs Krankenhaus  
Balsaerische Stiftung gGmbH  
Abteilung Geriatrie  
Chefarzt: Dr. med S. Steidl  
Wilhelmstr. 7.  
35392 Gießen  
Tel: 0641 7002 572  
Fax: 0641 7002 223  
Email: geriatrie@jokba.de

Patientendaten (Aufkleber)		Anmelder/Einrichtung	
Name, Vorname		stationär seit _____	
geb. _____			
Krankenkasse	Behandlungsart stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/>	Kontakt auf Station	
Wahlleistungen 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/>	Chefarzt <input type="checkbox"/>	Telefon _____	
Hausarzt		Arzt _____	

behandlungsbegründende Diagnosen:

weitere relevante Diagnosen:

Operation	bei Frakturen (bitte Vorbefunde / CD mitgeben)
OP-Datum	<input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> teilbelastbar ab _____ mit _____ kg <input type="checkbox"/> übungstabil <input type="checkbox"/> keine Belastung bis _____



# Anmeldebogen Geriatrie

Gültigkeitsbereich: JOKBA / Geriatrie

Dokumentenart: FI



St. Josefs Krankenhaus  
Baleserische Stiftung gGmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Justus-Liebig-Universität Gießen

<b>Status vor Erkrankung und Mobilität</b> <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/PH <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> immobil <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> Hilfsmittel? <input type="checkbox"/> hilfsbedürftig      Welche: _____ <input type="checkbox"/> familiäre Versorgung <input type="checkbox"/> Pflegedienst: _____	<b>Pflegegrad</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt <input type="checkbox"/> Grad: _____ (1-5)
--	--

<b>Kontakt</b> <b>Ansprechpartner:</b> _____ <b>Telefonnummer/n:</b> _____ <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> VS-Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Betreuer
--

## Geriatrie typische Multimorbidität *(aktuellen Status bitte ankreuzen)*

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gebrechlichkeit / Immobilität  | <input type="checkbox"/> kognitive Defizite/Demenz | <input type="checkbox"/> Mangel-/Fehlernährung               |
| <input type="checkbox"/> rezidivierende Stürze/Gangstörung  | <input type="checkbox"/> Delir                     | <input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden                    |
| <input type="checkbox"/> Schwindel/Gleichgewichtsstörung  | <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung   | <input type="checkbox"/> Multimedikation ( ≥ 5)              |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose/Elektrolytentgleisung  | <input type="checkbox"/> starke Sehbehinderung     | <input type="checkbox"/> Kontinenzprobleme                   |
| <input type="checkbox"/> Schmerz <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch | <input type="checkbox"/> verzögerte Rekonvaleszenz | <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl |

### Die Patientin / der Patient ist aktuell

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kooperationsfähig     | <input type="checkbox"/> selbständig gehfähig     |
| <input type="checkbox"/> orientiert            | <input type="checkbox"/> mit Hilfsperson gehfähig |
| <input type="checkbox"/> verwirrt              | <input type="checkbox"/> nicht gehfähig           |
| <input type="checkbox"/> hin-/weglaufgefährdet | <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer          |

### die Patientin / der Patient benötigt Hilfe beim

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essen         | <input type="checkbox"/> Transfer      |
| <input type="checkbox"/> Waschen       | <input type="checkbox"/> An-/Ausziehen |
| <input type="checkbox"/> Toilettengang |  |

**Bitte Barthel-Index Seite 4 ergänzen!**

### Besonderheiten

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sprachstörung    | <input type="checkbox"/> Kontrakturen                               | <input type="checkbox"/> Stomaversorgung                         |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung   | <input type="checkbox"/> Demers/Shaldon Katheter                    |  |
| <input type="checkbox"/> Magensonde / PEG | <input type="checkbox"/> NIV/CPAP-Beatmung                          | <input type="checkbox"/> Blasenkatheter                          |
| <input type="checkbox"/> Tracheostoma     | <input type="checkbox"/> O2-Therapie                                | <input type="checkbox"/> Dialyse                                 |
|   | <input type="checkbox"/> aktuell <input type="checkbox"/> chronisch | <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|   | <input type="checkbox"/> ZVK  | _____  |

# Anmeldebogen Geriatrie

Gültigkeitsbereich: JOKBA / Geriatrie

Dokumentenart: FI



St. Josefs Krankenhaus  
Balserische Stiftung gGmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Justus-Liebig-Universität Gießen

## Hygienerrelevante Erkrankungen *(bitte aktuelle Befunde mitschicken)*

- Diarrhöe  Clostridoides  Norovirus
- VRE  3 MRGN / Erreger und Lokalisation \_\_\_\_\_
- MRSA  4 MRGN / Erreger und Lokalisation \_\_\_\_\_
- COVID-19 Abstrich erfolgt
- |                                  |       |        |
|----------------------------------|-------|--------|
| <input type="checkbox"/> positiv | Datum | Befund |
| <input type="checkbox"/> negativ |       |        |
- Sonstige \_\_\_\_\_

## Es besteht noch keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach § 40 SGB V, da:

(vom Arzt auszufüllen!)

- aktuell bestehende i.v. Therapie
- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- Komplikationen bestehen:  
*(z. B. Desorientiertheit / wahnhaftige Symptome / Weglauftendenz / Wundkomplikationen / Sehverlust / Hörverlust)*
- \_\_\_\_\_

- bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen *(bitte Erkrankung anführen)*:
- \_\_\_\_\_

## Weitere Bemerkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### BITTE SENDEN AN:

**St. Josefs Krankenhaus  
Balserische Stiftung gGmbH  
Abteilung Geriatrie**

Wilhelmstr. 7  
35392 Gießen  
Tel: 0641 7002 572  
Fax: 0641 7002 223  
Email: geriatrie@jokba.de

Rücksprache *(Name und  
Telefon)*

Datum

Unterschrift des Arztes

# Anmeldebogen Geriatrie

Gültigkeitsbereich: JOKBA / Geriatrie  
Dokumentenart: FI



St. Josefs Krankenhaus  
Baleserische Stiftung gGmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Justus-Liebig-Universität Gießen

## Barthelindex (Hamburger Manual)

			Datum	Datum	Datum	Datum
<b>Essen</b>	<b>Pkt.</b>	<b>Beschreibung</b>				
	10	Komplett selbstständig ODER selbstständige PEG / MS Versorgung				
	5	Hilfe bei der mundgerechten Vorbereitung, aber selbständiges einnehmen der Mahlzeiten ODER Hilfe bei PEG/MS- Versorgung				
	0	Kein selbstständiges Einnehmen von Speisen und Getränken UND keine PEG/MS Ernährung				
<b>Hilfe wegen Defiziten bei der selbstständigen Nahrungsaufnahme</b>			<b>Hz.</b>			
<b>Auf- und Umsetzen</b>	15	Komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-) Stuhl UND zurück				
	10	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienkraft) in der einen oder anderen o. g. Phase				
	5	Aufrichten in den Sitz an die Bettkante UND / ODER Transfer in den Rollstuhl mit erheblicher Hilfe (geschulte Laienkraft oder professionelle Hilfe)				
	0	Erfüllt das Kriterium nicht, wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert				
<b>Mobilisations- und Transfertraining</b>			<b>Hz.</b>			
<b>Sich waschen</b>	5	Vor Ort komplett selbstständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren				
	0	Erfüllt das Kriterium nicht				
<b>Waschtraining bzw. gezielte Hilfeleistung bei der hygienischen Selbstpflege</b>			<b>Hz.</b>			
<b>Toilettenbenutzung</b>	10	Vor Ort komplett selbstständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung / Reinigung				
	5	Vor Ort Aufsicht oder Hilfe bei Toiletten- oder Toilettenbenutzung ODER deren Spülung / Reinigung erforderlich				
	0	Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl				
<b>Toilettengang wurde trainiert</b>			<b>Hz.</b>			
<b>Baden / Duschen</b>	5	Selbstständiges Baden oder Duschen incl. Ein- / Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen				
	0	Erfüllt das Kriterium nicht				
<b>Aufstehen und Gehen</b>	15	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen UND Mindestens 50m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcke / Gehstützen) gehen				
	10	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen UND mindestens 50m mit Hilfe eines Gehwagens selbstständig gehen				
	5	Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in der Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen ODER im Wohnbereich komplett selbstständig im Rollstuhl				
	0	Erfüllt das Kriterium nicht				
<b>Transfertraining wurde durchgeführt</b>			<b>Hz.</b>			
<b>Treppe steigen</b>	10	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. mit Stöcken / Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf UND hinuntersteigen				
	5	Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf UND hinuntersteigen				
	0	Erfüllt das Kriterium nicht				
<b>An- und Auskleiden</b>	10	Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung und Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel, z. B. ATS, Prothesen) an <b>UND</b> aus				
	5	Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an <b>UND</b> aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind				
	0	Erfüllt das Kriterium nicht				
<b>Anziehtraining durchgeführt</b>			<b>Hz.</b>			
<b>Stuhlinkontinenz</b>	10	Ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder der Anus- <i>praeter</i> Versorgung				
	5	Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x / Woche stuhlinkontinent <b>ODER</b> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen bzw. der AP-Versorgung				
	0	Ist durchschnittlich mehr als 1x / Woche stuhlinkontinent				
<b>Harnkontinenz</b>	10	Ist harnkontinent <b>ODER</b> kompensiert die Harninkontinenz bzw. versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)				
	5	Kompensiert die Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x / Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <b>ODER</b> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems				
	0	Ist durchschnittlich mehr als 1x / Tag harninkontinent				
<b>Summe</b>						

