



**Aufnahme-Antrag für die Geriatriische Klinik**

**vollstationär**                       **teilstationär**

**Einweisende Praxis / Verlegende Klinik:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer für Terminvereinbarung:** \_\_\_\_\_

**Gewünschter Verlegungszeitpunkt:** \_\_\_\_\_

**Patientendaten:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ **Zusatzversicherung:**  **1-Bett**  **2-Bett**  
 **mit CA**                       **ohne CA**

Angehörige/Bezugsperson: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Diagnosen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Städtische Kliniken Mönchengladbach

Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

## **Psychische Störungen:**

Orientierungsstörungen:  keine  gelegentlich  ständig  
Verwirrungszustände:  keine  gelegentlich  oft  
Antriebsstörungen:  keine  depressiv  apathisch  
Weglauftendenz:  keine  gelegentlich  ständig

## **Infektionen:**

**MRSA**  ja  nein  
**4MRGN**  ja  nein  
**3MRGN**  ja  nein  
**VRE**  ja  nein

## **Sonstige Isolationsgründe:** \_\_\_\_\_

**Trachealkanüle:**  ja  nein

## **Mobilität:**

normal  Gehen mit Hilfe  Rollator  
 bettlägerig  Rollstuhl aktiv  Rollstuhl passiv

Bei Frakturen: Belastbarkeit:  voll  Teilbelastung  kg bis  
 keine Belastung bis

**Gewicht > 115 kg:**  nein  ja, .....kg

## **Barthel-Index: Bitte Begleitbogen ausfüllen!**

### **Soziales (bisherige Lebensbedingungen des Patienten)**

Bisheriger Pflegegrad  keiner  I  II  III  IV  V  beantragt  
Eigene Wohnung   
Wohnt bei Angehörigen   
Betreuung durch  Pflegedienst  
 Betreutes Wohnen  
 vollstationäre Pflege

Gibt es eine Vorsorgevollmacht?  ja  nein

Wenn ja, Name und Tel.-Nr. des Bevollmächtigten:

Ist eine gerichtliche Betreuung bei Gericht vorhanden/beantragt?  ja  nein

Wenn ja, Name und Tel.-Nr. des Betreuers:

Ist eine Reha beantragt?  ja  nein

Wurde ein geriatrisches Konsil erstellt?  ja  nein

Wenn ja, bitte dem Antrag beifügen!

Bei Bedarf Rücksprache unter der Tel.-Nr.: 02166 394-2311



Patientenaufkleber oder

Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum:

Datum der Bewertung: \_\_\_\_\_

**Barthel-Index (B)**  
**(ATL-Aktivitäten des täglichen Lebens)**

<b>Essen</b>	Unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/> 10
	Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
<b>Bett- (Rollstuhl) Transfer</b>	Selbständig ohne fremde Hilfe	<input type="checkbox"/> 10
	Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
<b>Waschen</b>	Unabhängig beim Waschen v. Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
<b>Toiletten- benutzung</b>	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe z.B. wg. unzureichenden Gleichgewichts o.b.d. Kleidung/Reinigung	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
<b>Baden</b>	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
<b>Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhl- fahren</b>	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	<input type="checkbox"/> 15
	Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen	<input type="checkbox"/> 10
	Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an den Tisch heranfahren, min. 50 m	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/> 0
<b>Treppen- steigen</b>	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht eine Treppe steigen	<input type="checkbox"/> 0
<b>An- und Auskleiden</b>	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett- o. Bruchband)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selber	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
<b>Urin- kontrolle</b>	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystofix	<input type="checkbox"/> 10
	Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
<b>Stuhl- kontrolle</b>	Ständig kontinent	<input type="checkbox"/> 10
	Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0

**Summe Barthel-Index (B):** \_\_\_\_\_