



**Anmeldebogen für Patienten zur Übernahme in die Geriatrie  
Eckernförde**

- Zur stationären Behandlung  
 Zur teilstationären Behandlung

Wahlleistung
--------------

**Klinik/Telefon/Ansprechpartner:**

**Datum:**  
**Übernahmewunsch am:**

**Patient/Geb.-Datum/Wohnort:**

**Hauptdiagnose/Op-Datum:**

**Begleiterkrankungen:**

- internistisch:
  
- psychiatrisch/neurologisch  
(Demenz, Depression):

**Wundverhältnisse:**

**Aktuelle Medikation:**

**Bisherige Versorgung/Wohnsituation/Pflegestufe:**

**Transfers/Mobilität (Bett/Sitz, Sitz/Stand, Gang):**

**Belastungsstand:**

**Barthel-Index (Anlage, bitte ausfüllen):**

**Motivation/Ziel:**



**Geriatric**  
**Aktivitäten des täglichen Lebens (Barthel-Index)**

**(Aufkleber)**  
Name

Untersucher/in:

Datum 1. Erhebung  
Datum 2. Erhebung  
Datum 3. Erhebung  
Datum 4. Erhebung

Punkte:

<b>Essen:</b> Unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	10	10	10	10
Braucht etwas Hilfe, z. B. Fleisch oder Brot schneiden	5	5	5	5
Nicht selbständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	0	0	0	0
<b>Bett (Roll-)Stuhltransfer:</b>				
Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	15	15	15	15
Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich	10	10	10	10
Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel, Liegen/Sitz selbständig	5	5	5	5
Nicht selbständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	0	0	0	0
<b>Waschen:</b>				
Unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen, Kämmen, Zähneputzen	5	5	5	5
Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeit	0	0	0	0
<b>Toilettenbenutzung:</b>				
Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)	10	10	10	10
Benötigt Hilfe z. B. wg. unzureich. Gleichgewichtes od. bei Kleidung/Reinig.	5	5	5	5
Nicht selbständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	0	0	0	0
<b>Baden:</b>				
Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	5	5	5	5
Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeit	0	0	0	0
<b>Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren:</b>				
Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	15	15	15	15
Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsm. 50 m gehen	10	10	10	10
Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, Strecke mind. 50 m	5	5	5	5
Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	0	0	0	0
<b>Treppensteigen:</b>				
Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	10	10	10	10
Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5	5	5	5
Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppe steigen	0	0	0	0
<b>An- und Auskleiden:</b>				
Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)	10	10	10	10
Benötigt Hilfe, kann aber 50 % der Tätigkeit selbständig durchführen	5	5	5	5
Nicht selbständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	0	0	0	0
<b>Stuhlkontrolle:</b>				
Ständig kontinent	10	10	10	10
Gelegentlich inkontinent, maximal einmal/Woche	5	5	5	5
Häufiger/ständig inkontinent	0	0	0	0
<b>Urinkontrolle:</b>				
Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung eines DK/Cystofix	10	10	10	10
Gelegentlich inkontinent max. einmal/Tag, Hilfe bei ext. Harnableitung	5	5	5	5
Häufiger/ständig inkontinent	0	0	0	0

**Gesamtpunkte:**