

Anlage Früh-Reha Barthel Index

An die Geriatriische Einrichtung

____ Fax _____

(Stempel der anfordernden Klinik/Station)

Ansprechpartner:

(Großer Patientenaufkleber mit Adresse, GKV/PKV-Angabe)

Datum Verlegungswunsch:
☐ Stationäre Maßnahme ☐ Tagesklinik

Wahlleistung

☐ 1-Bett-Zimmer ☐ 2-Bett-Zimmer ☐ Chefarzt

Kontakt Daten Angehörige

Kontakt Daten gesetzlicher Betreuer

Hausarzt

Kamen bisher freiheitsentziehende Maßnahmen zur Anwendung?

☐ Ja ☐ Nein

Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ keinen

Diagnosen (Hauptdiagnose, Akutereignis/Operationen, ICD 10)

Alkoholabusus ☐ Ja ☐ Nein

Delir ☐ Ja ☐ Nein

Anus praeter ☐ Ja ☐ Nein

Depression ☐ Ja ☐ Nein

☐ **Demenz** (Verhaltensauffälligkeiten benennen):

☐ **Dekubitus** mit Lokalisation

☐ **Wunde** mit Lokalisation

Dialyse ☐ Ja ☐ Nein

Dauerkatheter ☐ Ja ☐ Nein

PEG ☐ Ja ☐ Nein

Sprach-, Sprechstörung ☐ Ja ☐ Nein

Tracheostoma ☐ Ja ☐ Nein

Isolation ☐ Nein

☐ Ja, wegen:

☐ 3MRGN ☐ 4MRGN

☐ VRE

☐ MRSA

☐ Clostridium diff.

☐ andere: _____

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen
☐ internistisch

☐ gastroenterologisch

☐ kardiologisch

☐ pulmonologisch

☐ onkologisch

☐ neurologisch

☐ orthopädisch

☐ psychiatrisch

Nähere Bezeichnungen:

Therapieversuch zum gegenwärtigen Zeitpunkt
☐ Transfererleichterung

☐ Rückkehr nach Hause

☐ ADL Verbesserung

☐ Pflegeerleichterung

☐ Förderung der Rekonvaleszenz

Therapieschwerpunkte
☐ Physiotherapie

☐ Ergotherapie

☐ Neuropsychologie

☐ Neglect

☐ Psyche

☐ Demenz

☐ Sprach-, Sprechstörungen

☐ Schluckstörungen

☐ Logopädie

Nur bei Extremitätenverletzung
☐ Vollbelastung

☐ Teilbelastung: _____ kg

☐ Entlastung

☐ Hilfsmittel:

Datum

Unterschrift anmeldende/r Arzt/Ärztin

Ersteller: Wegert, Stefanie

Freigabedatum: 30.04.2024

Dateiname: 0007428_5.docx

Gültig für Standort: EIL