SANKT KATHARINEN KRANKENHAUS

Geriatrische Klinik des Sankt Katharinen Krankenhauses

Seckbacher Landstr. 65, 60389 Frankfurt a.M.

Telefon (069) 4603-4824, Fax (069) 4603-1849

Anmeldeformular ☐ vollstationär ☐ teilstationär (Tagesklinik)

Wahlleistungen: ☐ 1- Bett Zimmer ☐ privatärztliche Leistungen

Anmeldung durch:
Klinik /Hausarzt: Station: Tel:

Arzt: Tel:

Sozialdienst: Tel:

Stammdaten des Patienten/oder Patientenaufkleber
Name, Vorname:
Plz/Wohnort:
geb. am:

Krankenkasse:
Zusatzversicherung:
Pflegegrad:
Angehörige
Name/Tel.:
gesetzl. Betreuung:
gewünschte Verlegung/Aufnahme:

Hauptdiagnose mit Datum der Akuterkrankung/OP:

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen/Komplikationen:

Belastbarkeit der Fraktur: ☐ voll ☐ teil % ☐ keine bis zum:

Selbsthilfestatus zum Zeitpunkt der Anmeldung (Barthel-Index):

Essen			**Toilette**		
☐	10	unabhängig benutzt Geschirr	☐	10	Unabhängig bei Benutzung Toilette
☐	5	Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden	☐	5	Braucht Hilfe (z.B. Gleichgewicht)
☐	0	Total hilfsbedürftig	☐	0	Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl
Bett-Stuhl-Transfer			**Baden**		
☐	15	Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	☐	5	Badet oder duscht ohne Hilfe
☐	10	Minimale Assistenz oder Supervision	☐	0	Badet oder duscht mit Hilfe
☐	5	Kann sitzen, braucht Hilfe zum Transfer	**Waschen**		
☐	0	bettlägrig	☐	5	Wäscht Gesicht, kämmt sich, etc.
Ankleiden			☐	0	Braucht Hilfe
☐	10	Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	**Bewegung**		
☐	5	Hilfsbedürftig	☐	15	Unabhängiges Gehen (auch mit Gehilfe, 50 m)
☐	0	Total hilfsbedürftig	☐	10	Mind. 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung
Stuhlkontrolle			☐	5	Für Rollstuhlfahrer: unabhängig für mind. 50 m
☐	10	Kontinent	☐	0	Kann sich nicht (mind. 50 m) fortbewegen
☐	5	Teilweise inkontinent (z.B. nachts)	**Treppen steigen**		
☐	0	inkontinent	☐	10	Unabhängig (auch mit Gehilfe)
Urinkontrolle			☐	5	Braucht Hilfe oder Supervision
☐	10	kontinent	☐	0	Kann nicht Treppen steigen
☐	5	Teilweise inkontinent (z.B. nachts)			
☐	0	inkontinent			**Summe der Punkte**

Orientierung: ☐ gut ☐ eingeschränkt ☐ desorientiert

Sprachstörung: ☐ ja ☐ nein

Schluckstörung: ☐ ja ☐ nein

Dekubitus/offene Wunden: ☐ ja ☐ nein

Amputation:
Tracheostoma/ Anus praeter:

O2-Pflicht ☐ ja ☐ nein

Isolationspflicht: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht untersucht

Besondere Medikation,
z.B. Chemotherapie:

Datum: **Unterschrift, Stempel und Telefonnr. des Anmelders:**