

## Anmeldung Geriatriische Klinik

Anmeldende Klinik (Stempel)

Klinikum Hann. Münden GmbH  
Vogelsang 105

34346 Hann. Münden

Geriatrische Abteilung  
Tel.: (05541) 996-764  
Fax: (05541) 996-148

**Patient**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ KK \_\_\_\_\_

**Wahlleistungen:**  ja  nein  1-Bett Zimmer  2-Bett Zimmer  Chefarztbehandlung

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Prozeduren:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**vorgesehene Verlegung:**  sofort am: \_\_\_\_\_ ab: \_\_\_\_\_

**Wunden:**  ja  nein **MRSA:**  pos.  neg.  n. unters. Lokalisation \_\_\_\_\_

**gramneg MRE:**  ja  nein **3-MRGN**  **4-MRGN**  **VRE**  Lokalisation \_\_\_\_\_

**Harnblasenkatheter:**  ja  nein  Suprapubisch  Transurethral

**Hilfsmittel:**  Gehstütze  Rollator  Gehbock  Prothese \_\_\_\_\_

**Größe:** \_\_\_\_\_ cm **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Kognitiver/emotionaler Status:**  wach  eingetrübt  komatös  
 orientiert  verwirrt  depressiv  
 motiviert  kooperativ  nicht kooperativ

**Intensivmed. Überwachungspflichtig:**  ja  nein

**Absaugpflichtiges Tracheostoma:**  ja  nein

**Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung:**  ja  nein

**Schwere Verständigungsstörung:**  ja  nein

**Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung:**  ja  nein

**Besondere Medikation:**  ja  nein

**Aktueller Medikationsplan beiliegend:**  ja  nein

**Anschlußversorgung:**  ja  nein  Angehörige  Pflegedienst  Pflegeheim

**Sozialdienst:**  ja  nein  verständigt  bereits tätig

**Betreuung:**  nicht erforderlich  erforderlich  beantragt  nicht beantragt  besteht

**Ansprechpartner Angehöriger/Betreuer:** \_\_\_\_\_

<b>Essen und Trinken</b>		Punkte
Unabhängig	Benutzt Geschirr und Besteck selbstständig	<input type="checkbox"/> 10
Benötigt Hilfe	Benötigt Hilfe; z.B. beim Schneiden	<input type="checkbox"/> 5
Hilfsbedürftig	Volle Übernahme erforderlich	<input type="checkbox"/> 0
<b>Baden / Duschen</b>		
Ohne Hilfe	Badet und/ oder duscht ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> 5
Mit Hilfe	Badet und/ oder duscht ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> 0
<b>Waschen</b>		
Eigenständig	Wäscht sich selbstständig/ nur teilweise hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> 5
Hilfsbedürftig	Benötigt Hilfe	<input type="checkbox"/> 0
<b>An- und Auskleiden</b>		
Unabhängig	Kleidet sich selbstständig an und aus; inkl. Schuhe	<input type="checkbox"/> 10
Teilweise Hilfe	Benötigt Hilfe; kleidet sich teilweise selbst an und aus	<input type="checkbox"/> 5
Hilfsbedürftig	Volle Übernahme erforderlich	<input type="checkbox"/> 0
<b>Stuhlkontrolle</b>		
Kontinent	Ist kontinent	<input type="checkbox"/> 10
Teilweise inkontinent	Ist gelegentlich inkontinent oder aber AP-Träger	<input type="checkbox"/> 5
Inkontinent	Ist inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
<b>Urinkontrolle</b>		
Kontinent	Ist kontinent	<input type="checkbox"/> 10
Teilweise inkontinent	Ist gelegentlich inkontinent oder aber DK-Träger	<input type="checkbox"/> 5
Inkontinent	Ist inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
<b>Toilettenbenutzung</b>		
Unabhängig	Ist unabhängig bei der Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/> 10
Teilweise Hilfe	Benötigt Hilfe (Stand, Gleichgewicht, Kleidung, Toilettenpapier)	<input type="checkbox"/> 5
Hilfsbedürftig	Kann nicht selbstständig/alleine zur Toilette gehen	<input type="checkbox"/> 0
<b>Bett- und Stuhltransfer</b>		
Unabhängig	Ist unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	<input type="checkbox"/> 15
Minimal	Benötigt minimale Assistenz/ Unterstützung	<input type="checkbox"/> 10
Sitzen	Kann sitzen, benötigt allerdings Hilfe beim Transfer	<input type="checkbox"/> 5
Bettlägerig	Ist bettlägerig	<input type="checkbox"/> 0
<b>Bewegung</b>		
Unabhängig	Kann min. 50m alleine gehen (auch mit Gehhilfen)	<input type="checkbox"/> 15
Unterstützung	Kann min. 50m mit Unterstützung gehen	<input type="checkbox"/> 10
Sitzen	Rollstuhlfahrer: Ist in der Bewegung für min. 50m selbstständig	<input type="checkbox"/> 5
Bewegungsunfähig	Kann sich keine 50m fortbewegen	<input type="checkbox"/> 0
<b>Treppensteigen</b>		
Unabhängig	Kann unabhängig Treppen steigen (auch mit Gehhilfen)	<input type="checkbox"/> 10
Teilweise Hilfe	Benötigt Hilfe	<input type="checkbox"/> 5
Hilfsbedürftig	Kann keine Treppen steigen	<input type="checkbox"/> 0
<b>Summe:</b>		