

AGAPLESION BETHESDA KRANKENHAUS BERGEDORF gGmbH

Geriatrische Klinik

Geriatrische Tagesklinik

Fax: 040 725 541242

AGAPLESION
BETHESDA KRANKENHAUS
BERGEDORF

Klinik für Geriatrie

Chefarzt
PD Dr. Alexander Rösler

Glindersweg 80
21029 Hamburg

Telefon (040) 725 54 – 1241

Telefax (040) 725 54 – 1242

E-Mail roesler@bkb.info

www.klinik-bergedorf.de

Diakonie 

Hamburg, den (aktuelles Datum)

Wir bitten um Übernahme des Patienten/ der Patientin

Hauptdiagnose

Relevante -
Nebendiagnosen: -

-
-
-
-
-

Pat - Aufkleber oder
Name, Vorname: _____
Geb. Datum: _____
Straße: _____
Wohnort: _____
Telefon: _____
Krankenkasse: _____
Versichertennr: _____

Übernahme möglich ab:

Versichertenstatus

Wahlleistung Regelleistung 1 Bett Zimmer 2 Bett Zimmer

Infektiosität / Isolierung

keine MRSA Noro Clostr. diff.

Soziales Umfeld

häusl. Gemeinschaft alleinstehend Heim

Betroffene Funktion

Mobilität Stabilität Kontinenz Kognition Kommunikation ADL / Körperpflege

Mobilität zurzeit

bettlägerig Bettkante gehfähig mit Hilfe gehfähig alleine Mobil im HM:

Rollstuhl

Belastung Beine
 Voll Teilbelastung bei kg

Belastung Arme
 Voll Teilbelastung bei kg

Neurologie
 Aphasie Schluckstörung Parese Arm rechts links
 Bein rechts links

Orientierung

 Zeitlich ja nein Örtlich ja nein Zur Person ja nein
Kooperation / Motivation
 vorhanden vermindert keine Kooperation

Pflege

 Wunde ja nein Dekubitus ja nein Infos:

Sonstiges:

Patientenname		Erhebungsdatum
Pkt.	Essen	
<input type="checkbox"/>	10	komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung
<input type="checkbox"/>	05	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung
<input type="checkbox"/>	00	kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung
Pkt.	AUFSETZEN & UMSETZEN	
<input type="checkbox"/>	15	komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
<input type="checkbox"/>	10	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
<input type="checkbox"/>	05	erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
<input type="checkbox"/>	00	wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert
Pkt.	SICH WASCHEN	
<input type="checkbox"/>	05	vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren
<input type="checkbox"/>	00	erfüllt „5“ nicht
Pkt.	TOILETTENBENUTZUNG	
<input type="checkbox"/>	10	vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung / Reinigung
<input type="checkbox"/>	05	vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich
<input type="checkbox"/>	00	benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl
Pkt.	BADEN / DUSCHEN	
<input type="checkbox"/>	05	selbständiges Baden oder Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen
<input type="checkbox"/>	00	erfüllt „5“ nicht
Pkt.	AUFSTEHEN & GEHEN	
<input type="checkbox"/>	15	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen

<input type="checkbox"/>	10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen
<input type="checkbox"/>	05	mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig mit Rollstuhl
<input type="checkbox"/>	00	erfüllt „5“ nicht
	Pkt.	TREPPENSTEIGEN
<input type="checkbox"/>	10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen
<input type="checkbox"/>	05	mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter
<input type="checkbox"/>	00	erfüllt „5“ nicht
	Pkt.	AN- & AUSKLEIDEN
<input type="checkbox"/>	10	zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) an und aus
<input type="checkbox"/>	05	kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind
<input type="checkbox"/>	00	erfüllt „5“ nicht
	Pkt.	STUHLKONTINENZ
<input type="checkbox"/>	10	ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung
<input type="checkbox"/>	05	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung
<input type="checkbox"/>	00	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent
	Pkt.	HARNKONTINENZ
<input type="checkbox"/>	10	ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)
<input type="checkbox"/>	05	kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
<input type="checkbox"/>	00	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent

	Gesamtsumme
--	-------------

Absender:		Für Rückantwort Fax Nummer	
Stempel bzw. Name		Bei Verlegung interne Arzt Telefonnummer	
Telefonnummer		Bei Direktaufnahme Kontaktperson & Telefon	
Unterschrift			