

# ANMELDUNG

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Wunschtermin Aufnahme AG/REM:** \_\_\_\_\_

**PATIENTEN-DATEN** (Blockschrift oder Etikette)

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

SVNr.: \_\_\_\_\_ TelefonNr.: \_\_\_\_\_

Allg. Klasse  SKL  
Hausarzt (Name, Telefon) \_\_\_\_\_

**Bezugsperson**  **Sachwalter**

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefonnr.: \_\_\_\_\_

**Diagnosen der Akuterkrankungen**

**OP-Datum:** \_\_\_\_\_

**Derzeitige Situation des Patienten**

Bitte Zutreffendes ankreuzen

<p><b>Komplikationen</b></p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen <input type="checkbox"/> Kontrakturen <input type="checkbox"/> Sonstige	<p><b>Sehen</b></p> <input type="checkbox"/> Unbeeinträchtigt <input type="checkbox"/> Beeinträchtigt
<p><b>Sonde/Stoma</b></p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Colostoma	<p><b>Gehör</b></p> <input type="checkbox"/> Unbeeinträchtigt <input type="checkbox"/> Beeinträchtigt
<p><b>Blasenkatheter</b></p> <input type="checkbox"/> Transurethral <input type="checkbox"/> Suprapubisch	<p><b>Orientierung zu Ort und Situation</b></p> <input type="checkbox"/> Vollständig gegeben <input type="checkbox"/> Zeitweise gestört <input type="checkbox"/> Tagelang wesentlich gestört
<p><b>Neurophysiologische Störungen</b></p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Hemiplegie/-parese <input type="checkbox"/> Aphasie <input type="checkbox"/> Sonstige	<p><b>Verhalten</b></p> <input type="checkbox"/> Ruhig <input type="checkbox"/> Unruhig <input type="checkbox"/> Unruhig, vor allem nachts
<p><b>Bereits mobilisiert</b></p> <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Wegstrecke.....	<p><b>Mitwirkung bei Therapie u. Pflege</b></p> <input type="checkbox"/> Entwickelt Eigeninitiative <input type="checkbox"/> Aktiv bei Aufforderung <input type="checkbox"/> Passiv <input type="checkbox"/> Unwillig
<p><b>Belastbarkeit der Fraktur</b></p>	<p><b>Cardio-pulmonale Belastbarkeit</b></p> <input type="checkbox"/> Keine Einschränkung <input type="checkbox"/> Leichte Einschränkung <input type="checkbox"/> Wesentliche Einschränkung ..... kg

**Absender**  
(Stempel)

E-Mail .....

Telefon.....

zuständiger Arzt:.....  
(Name in Blockschrift)

**Situation vor Aufnahme in Akutbehandlung**

**Mobilität:**

selbständig  
 mit Hilfsmittel (.....)  
 immobil  
 betreutes Wohnen

**Betreuung:**

unabhängig  
 abhängig

**Motivation:**

gegeben  nicht gegeben

**Barthel-Index (ADL): Punktezahl:**

<p><b>Essen</b></p> <input type="checkbox"/> 10 Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck <input type="checkbox"/> 05 Benötigt Hilfe, z.B. beim Schneiden <input type="checkbox"/> 00 Völlig hilfsbedürftig	<p><b>Toilette</b></p> <input type="checkbox"/> 10 Unabhängig <input type="checkbox"/> 05 Braucht tw. Hilfe <input type="checkbox"/> 00 Kann Toilette nicht benutzen
<p><b>Waschen und Körperpflege</b></p> <input type="checkbox"/> 05 Selbständig <input type="checkbox"/> 00 Benötigt Hilfe	<p><b>Bett-/Stuhlransfer</b></p> <input type="checkbox"/> 15 Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer) <input type="checkbox"/> 10 Minimale Assistenz/ Supervision erforderlich <input type="checkbox"/> 05 Kann sitzen, braucht aber Hilfe beim Transfer <input type="checkbox"/> 00 Bettlägrig
<p><b>Baden und Duschen</b></p> <input type="checkbox"/> 05 Unabhängig bei Voll- u. Duschbad <input type="checkbox"/> 00 Nicht selbständig	<p><b>Bewegung</b></p> <input type="checkbox"/> 15 Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe), mind. 50 m <input type="checkbox"/> 10 Gehen m. Unterstützung mind. 50 m <input type="checkbox"/> 05 Für Rollstuhlfahrer: Unabhängig für mind. 50 m <input type="checkbox"/> 00 Kann sich nicht selbstständig fortbewegen (Gehen oder Rollstuhl)
<p><b>Ankleiden</b></p> <input type="checkbox"/> 10 Völlig unabhängig <input type="checkbox"/> 05 Benötigt teilweise Hilfe <input type="checkbox"/> 00 Völlig hilfsbedürftig	<p><b>Treppensteigen</b></p> <input type="checkbox"/> 10 Unabhängig (auch mit Gehilfe) <input type="checkbox"/> 05 Braucht Hilfe oder Supervision <input type="checkbox"/> 00 Kann nicht Treppensteigen
<p><b>Stuhlkontrolle</b></p> <input type="checkbox"/> 10 Kontinent <input type="checkbox"/> 05 Teilweise inkontinent <input type="checkbox"/> 00 Inkontinent	
<p><b>Harnkontrolle</b></p> <input type="checkbox"/> 10 Kontinent <input type="checkbox"/> 05 Teilweise inkontinent <input type="checkbox"/> 00 Inkontinent	