

**Daten Patient\*in:**

Familienname:		Vorname:	
Versicherungsnummer		Geburtsdatum:	
Sozialversicherungsträger:		Tel.:	
Straße:	Hausnr.:	PLZ:	Ort:
Bezugsperson (Name):		Tel.:	

Zuweiser\*in (Krankenhaus/Abteilung): \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: ärztlich DW: \_\_\_\_\_ Pflege DW: \_\_\_\_\_ EM DW: \_\_\_\_\_

**Sonderklasse:**  2-Bett      **Allgemeine Klasse:** \_\_\_\_\_      **Übernahme:**  ab sofort  
 ab Datum:

**Aufnahmegrund** \_\_\_\_\_  Im Fall einer OP:  
**Begleiterkrankungen:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

**Therapieziel:** \_\_\_\_\_  
 sauerstoffpflichtig      aktuelle **Medikationsliste** bitte beilegen

**Aktuelle Infektionen:** Kein Ausschlussgrund, Information dient organisatorischen Zwecken!

Clostridien       MRGN       MRSA       keine bekannt  
 andere Infektionen: \_\_\_\_\_ **isolierpflichtig**  ja  nein

**Situation vor der Aufnahme:**

<b>Betreuung</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> 24h Pflege <input type="checkbox"/> Heimhilfe _____ (Intervall)	<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel <input type="checkbox"/> mit _____ Person/en <input type="checkbox"/> mit Rollator <input type="checkbox"/> mit Krücken <input type="checkbox"/> Gehstrecke ca. _____ Meter <input type="checkbox"/> nicht geh fähig <input type="checkbox"/> bettlägerig seit: _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
------------------	---	------------------	---

**derzeitige Situation:**

<b>Anträge</b>	<input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege      gestellt am: _____	<b>Mobilität</b>	Gehstrecke: _____ m <input type="checkbox"/> mit _____ Personen <input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Rollator, Krücken <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Bettruhe bis: _____	<b>Belastung nach OP</b>	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise bis _____ kg, <input type="checkbox"/> voll belasten ab Datum: _____	<b>Sehen</b>	<b>Hören</b>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> blind <input type="checkbox"/> gehörlos
<b>Motivation</b>	<input type="checkbox"/> ausgeprägt <input type="checkbox"/> motivierbar	<b>Orientierung</b>	<input type="checkbox"/> vollständig      Delir <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise					
<b>Demenz</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    MMSE Punkte: _____	<b>Hautdefekte</b>	<input type="checkbox"/> Dekubitus      Größe: _____ <input type="checkbox"/> Ulcus      Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Wunde					
<b>Terminale Erkrankung, laufende Chemo- oder Strahlentherapie</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

**Nach der Entlassung**

<b>Gesicherte Zusage auf Rückkehr ins gewohnte Umfeld nach Aufenthalt</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--

Aufgrund der beschränkten Kapazität ergeben sich Wartezeiten. Ob eine Aufnahme erfolgt, entscheidet das Team der Akutgeriatrie. Bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt.  
Es können nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formulare bearbeitet werden.

Formular bitte an: [AGR-Anmeldung@khgh.at](mailto:AGR-Anmeldung@khgh.at) FAX: 01/ 20619 900110013 AGR-Bettenvergabe: Tel. 01 40088 9140 (Mo-Fr 9-12h)

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Zuweiser\*in oder Patient\*in

<b>BARTHEL INDEX</b>		
<b>Name:</b>	<b>Geb.Datum:</b>	<b>Alter:</b>
<b>Untersucht von:</b>	<b>Testdatum:</b>	

<b>Kriterien</b>	<b>Punkte</b>
<b>Essen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck</li> <li>• Braucht etwas Hilfe, z. B: Fleisch oder Brot schneiden</li> <li>• Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird</li> </ul>	 10 5 0
<b>Bett/(Roll-)Stuhltransfer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit</li> <li>• Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich</li> <li>• Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel, Liegen/Sitz selbstständig</li> <li>• Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird</li> </ul>	 15 10 5 0
<b>Waschen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen, Kämmen, Zähneputzen</li> <li>• Nicht selbstständig bei o. g. Tätigkeiten</li> </ul>	 5 0
<b>Toilettenbenutzung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)</li> <li>• Benötigt Hilfe, z. B. wg. Unzureichenden Gleichgewichts oder Kleidung/ Reinigung</li> <li>• Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird</li> </ul>	 10 5 0
<b>Baden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig bei Voll- und Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit</li> <li>• Nicht selbstständig o. g. Tätigkeit</li> </ul>	 5 0
<b>Gehen bzw. Rollstuhlfahren auf Flurebene</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig beim Gehen &gt; 50m, Hilfsmittel erlaubt, nicht aber Gehwagen</li> <li>• Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel &gt; 50m gehen</li> <li>• Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen, auch um Ecken herum und an einen Tisch heranfahren, Strecke mind. 50m</li> <li>• Nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren</li> </ul>	 15 10 5 0
<b>Treppensteigen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)</li> <li>• Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen</li> <li>• Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppensteigen</li> </ul>	 10 5 0
<b>An-/Auskleiden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett od. Bruchband)</li> <li>• Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeiten selbstständig durchführen</li> <li>• Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird</li> </ul>	 10 5 0
<b>Stuhlkontrolle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ständig kontinent</li> <li>• Gelegentlich inkontinent, max. 1x pro Woche</li> <li>• Häufiger/ständig inkontinent</li> </ul>	 10 5 0
<b>Urinkontrolle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung mit DK/Cystofix</li> <li>• Gelegentlich inkontinent, max. 1x/Tag, Hilfe bei ext- Harnableitung</li> <li>• Häufiger/ständig inkontinent</li> </ul>	 10 5 0

**Summe:** \_\_\_\_\_