

Antrag auf eine teilstationäre frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung

Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie, Chefarzt: Dr. med. Stephan Kaminsky

Geriatrische Tagesklinik: ☎ 04321 405-7750 Fr. Frydendahl / Fr. Lensch / Fr. Stegert

Bitte per Fax an: 04321 405-7759

Patient:	Name, Vorname	Geb.dat.
Anschrift:	Straße / Hausnr.	Plz. / Ort
Krankenkasse:		
Diagnosen:		
Bei Frakturen:	<input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung mit kg für Wochen	
Zielsetzung der Tagesklinik-Behandlung:		
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Soziale Situation:	<input type="checkbox"/> wohnt allein <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> im Seniorenheim	
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Handstock / Unterarmgehstützen	
Voraussetzungen teilstationäre Behandlung:	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmitteln mobil / selbständiges Gehen <input type="checkbox"/> kann selbständig essen <input type="checkbox"/> Anreise mit „Johanniter-Bus“ möglich	
Orientierung aktuell:	<input type="checkbox"/> voll orientiert <input type="checkbox"/> teilorientiert <input type="checkbox"/> desorientiert	
Adipositas per magna:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> über 150 kg	
Dialyse:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Mo., Mi., Frei. <input type="checkbox"/> Di., Do. Sa.	
Multiresistente Erreger:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Spezies:	
Barthel-Index (s. ggf. Seite 2):	... Punkte	
Einweiser/ Ansprechpartner:		
Hausarzt / Klinik mit Stationsangabe, Telefon u. Telefax		

<u>Barthel- Index:</u>	selbständig	leichte Unterstützung	erhebliche Hilfe	nicht selbständig
1. Essen	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
2. Auf-/Umsetzen	15 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
3. Waschen (Oberkörper)	5 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
4. Toilettengang	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
5. Baden	5 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
6. Gehen/Rollstuhlfahren	15 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
7. Treppensteigen	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
8. An-/Auskleiden	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
9. Stuhlkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
10. Urinkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> (Punkte)
Gesamtpunktzahl: / 100 Punkten				
