

Anmeldung einer geriatrischen Weiterbehandlung



Akademisches Lehrkrankenhaus
der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Geriatrische Abteilung
Chefärztin Dr. med. Katharina Goll

Weilburger Straße 48
61250 Usingen
www.hochtaunus-kliniken.de

Fax: 06081/107-10-4581

Patientendaten:

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
Krankenkasse und Versicherungsnummer:

Vorsorgevollmacht Nein Ja

Wer:	Telefon:
------	----------

Gesetzliche Betreuung Nein Ja

Wer:	Telefon:
------	----------

Pflegestufe/ Pflegegrad Nein Ja

Welche:

Bisherige Lebenssituation: im eigenen Haushalt Selbständig bei Familienangehörigen

Versorgung durch: Ambulante Dienste im Pflegeheim durch Familienangehörige

Covid- Infektion Ja Nein

Covid- Impfung Ja Nein

Hauptdiagnose:	
Nebendiagnose:	
Behandlungsziel:	
Gewünschter Auf-/ Übernahmeterrmin: Wahlleistung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 2- Bett Zimmer <input type="checkbox"/> 1-Bett Zimmer ja



Ein Unternehmen des
Hochtaunuskreises

Hochtaunus-Kliniken
gmbH 61352 Bad
Homburg
Zeppelinstraße 20
Tel. (0 61 72) 14-0
Fax (0 61 72) 14-10 00

Taunus-Sparkasse Bad
Homburg Kto.-Nr. 000 101
9244
BLZ 512 500 00
SWIFT-BIC:
HELADEF1TSK IBAN:
DE3151250000001019244

Aufsichtsratsvorsitze
nder: Landrat Ulrich
Krebs
Geschäftsführun
g: Dr. Julia Hefty
Yvonne
Dintelmann

Steuernummer:
003 25073322
Amtsgericht Bad
Homburg: HRB 7300

Die Kliniken mit dem Plus.

Allgemeine Verfassung

Orientierung/ Kognition

- keine Einschränkung
- leicht eingeschränkt
- Demenz
- bekannt
- nicht bekannt

Dialysepflichtig

- Ja Nein Grad 1

Wann? _____ Grad 2 Grad 3

Wo? _____

Dekubitus

Wo? _____

Ergänzung:

Logopädie

- kein Bedarf Dysarthrie Sehen Hören Vollbelastung Entlastung
- Aphasie Schluckstörungen Sonstiges: _____ Teilbelastung: _____

Behinderung

Frakturbelastung

Amputationen

- Ja Nein

Wo? _____ ESBL Noroviren Rollator Gehstock

Wundheilung abgeschlossen?

- Ja Nein

Ergänzung: _____

Infektiöse Erkrankung

MRSA Clostridien Sauerstoff: _____ Liter/sek.

Ergänzung: _____ Rollstuhl

Hilfsmittel

Sonstiges: _____

Weitere benötigte Angaben:

Barthel-Index:

Bitte zutreffende Punktzahl

ankreuzen! Essen

unabhängig, benutzt Geschirr 10
braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden 5
total hilfsbedürftig 0

Bett-/Stuhl-Transfer

unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer) 15
minimale Assistenz oder Supervision 10
kann sitzen, braucht Hilfe zum Transfer 5
bettlägerig 0

Ankleiden

unabhängig, incl. Schuhe anziehen 10
hilfsbedürftig 5
total hilfsbedürftig 0

Stuhlkontrolle

kontinent 10
teilweise inkontinent (z.B. nachts) 5
inkontinent 0

Urinkontrolle

kontinent 10
teilweise inkontinent (z.B. nachts) 5
inkontinent 0

Toilette

braucht geringe Hilfe 5
unabhängig bei Benutzung Toilette 10
kann nicht auf Toilette / Nachtstuhl 0

Baden

badet oder duscht ohne Hilfe 5
badet oder duscht mit Hilfe 0

Waschen

wäscht Gesicht, kämmt sich etc. 5
braucht Hilfe 0

Bewegung

unabhängiges Gehen (auch mit Gehilfe) > 50m 15
min. 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung 10
für Rollstuhlfahrer: unabhängig für min. 50m 5
10 kann sich nicht (mind. 50 m) fortbewegen 0

Treppensteigen

unabhängig (auch mit Gehilfe) 10
braucht Hilfe oder Supervision 5
kann nicht Treppensteigen 0

Summe der Punkte:

Weitere Informationen/ Besonderheiten:

Datum/ Unterschrift/ Stempel Anmelder: