

# ZENTRUM FÜR GERIATRIE UND FRÜHREHABILITATION

mit geriatrischer Tagesklinik und neurologischem Schwerpunkt

Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand

Zentrum für Geriatrie und Frührehabilitation  
 Chefarzt Dr. A. Wefel

Groß-Sand 3  
 21107 Hamburg

Tel.: +49 (0)40 75 205 -371  
 Fax: +49 (0)40 75 205 -356  
 geriatrie@gross-sand.de  
 www.gross-sand.de

\_\_\_\_\_

(Name und Telefonnummer einweisender Arzt für Rückfragen)

## Anmeldung zur stationären Frührehabilitation

Patientendaten (ggf. großer Aufkleber)
Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße _____
Ort _____
Versicherung _____

- berufstätig                       Rentner  
 mit Wahlleistung               1-Bett-Zimmer  
  
 **Barthelindex** \_\_\_\_\_  
 **multiresistente Keime** \_\_\_\_\_  
 **Dialyse/Tage** \_\_\_\_\_  
 **Tracheostoma** \_\_\_\_\_

### Hauptdiagnose

---

### Nebendiagnosen

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> bettlägerig                    | <input type="checkbox"/> rumpfinstabil       | <input type="checkbox"/> gehfähig m. Hilfe        | <input type="checkbox"/> alleine gehfähig    |
| <input type="checkbox"/> mobil im Rollstuhl             | <input type="checkbox"/> mobil am Rollator   | <input type="checkbox"/> <b>Transfer</b> assistiv | <input type="checkbox"/> Transfer alleine    |
| <input type="checkbox"/> <b>Hilfe:</b> beim Essen nötig | <input type="checkbox"/> An- u. Auskleiden   | <input type="checkbox"/> Toilettengang            | <input type="checkbox"/> Körperpflege        |
| <input type="checkbox"/> Paresen: _____                 |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Aphasie                        | <input type="checkbox"/> Schluckstörungen    |   |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Orientierung:</b> vorh.     | <input type="checkbox"/> vermindert          | <input type="checkbox"/> keine Orientierung       |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Kooperation:</b> vorh.      | <input type="checkbox"/> vermindert          | <input type="checkbox"/> keine Kooperation        |  |
| <input type="checkbox"/> Demenz leicht                  | <input type="checkbox"/> Demenz mittelgradig | <input type="checkbox"/> Demenz hochgradig        |  |
| <input type="checkbox"/> Vigilanzstörung                | <input type="checkbox"/> Depression          |   |  |
| <input type="checkbox"/> PEG                            | <input type="checkbox"/> ZVK                 | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter            | <input type="checkbox"/> Dekubitus, wo _____ |
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz                | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz    |   |  |
- Bei Extremitätenverletzungen**  volle Belastungsfähigkeit     teilweise \_\_\_\_\_%     keine Belastungsfähigkeit

**Vorbestehender Pflegegrad:** \_\_\_\_\_

**Rehabilitationsziel:**

---

Gewünschter Verlegungstermin: Frühestens: _____ Spätestens: _____	Anmeldung Arzt Anmeldedatum: _____	Telefondurchwahl der Station:
---	---------------------------------------	-------------------------------

Das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand setzt das Einverständnis des Patienten zur Übermittlung der Daten freundlich voraus.

Woche	Datum	Auf.							
<b>1. ESSEN</b> 10 = <b>Komplett selbständig</b> <u>oder</u> selbständige PEG-Beschickung / -versorgung 5 = Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, <b>aber</b> selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung / -versorgung 0 = kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS / PEG-Ernährung									
<b>2. AUFSETZEN &amp; UMSETZEN</b> 15 = <b>komplett selbständig</b> aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück 10 = <b>Aufsicht oder geringe Hilfe</b> (ungeschulte Laienhilfe) 5 = <b>erhebliche Hilfe</b> (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) 0 = wird <b>faktisch</b> nicht aus dem Bett transferiert									
<b>3. SICH WASCHEN</b> 5 = vor Ort <b>komplett</b> selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren 0 = <b>erfüllt „5“ nicht</b>									
<b>4. TOILETTENBENUTZUNG</b> 10 = vor Ort <b>komplett</b> selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung / Reinigung 5 = <b>vor Ort</b> Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung <b>erforderlich</b> 0 = benutzt <b>faktisch</b> weder Toilette noch Toilettenstuhl									
<b>5. BADEN / DUSCHEN</b> 5 = selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen <b>incl. Ein- / Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen</b> 0 = <b>erfüllt „5“ nicht</b>									
<b>6. AUFSTEHEN &amp; GEHEN</b> 15 = <b>ohne Aufsicht oder personelle Hilfe</b> vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen ( <b>aber ggf. Stöcken / Gehstützen</b> ) gehen 10 = <b>ohne Aufsicht oder personelle Hilfe</b> vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen 5 = <u>mit</u> Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <b>alternativ</b> im Wohnbereich <b>komplett selbständig</b> mit Rollstuhl 0 = <b>erfüllt „5“ nicht</b>									
<b>7. TREPPENSTEIGEN</b> 10 = <b>ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken / Gehstützen)</b> <b>mindestens</b> ein Stockwerk <u>hinauf und</u> hinuntersteigen 5 = mit Aufsicht oder Laienhilfe <b>mindestens</b> ein Stockwerk <u>hinauf und</u> hinunter 0 = <b>erfüllt „5“ nicht</b>									
<b>8. AN- &amp; AUSKLEIDEN</b> 10 = <b>zieht sich</b> in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe ( <b>und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen</b> ) an und aus 5 = <b>kleidet mindestens den Oberkörper</b> in angemessener Zeit selbständig an und aus, <b>sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind</b> 0 = <b>erfüllt „5“ nicht</b>									
<b>9. STUHLKONTROLLE</b> 10 = <b>ist</b> stuhlinkontinent, <b>ggf.</b> selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung 5 = <b>ist durchschnittlich</b> nicht mehr als 1x/ Woche stuhlinkontinent <u>oder benötigt</u> Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung 0 = <b>ist durchschnittlich</b> mehr als 1x/Woche Stuhlinkontinent									
<b>10. HARNKONTROLLE</b> 10 = <b>ist</b> harnkontinent <u>oder</u> kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK <b>komplett selbständig</b> und mit Erfolg ( <b>kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche</b> ) 5 = kompensiert seine Harninkontinenz <b>selbständig</b> und mit <b>überwiegendem Erfolg</b> (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässe <b>von Kleidung oder Bettwäsche</b> ) <u>oder benötigt</u> Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems 0 = <b>ist durchschnittlich</b> mehr als 1x/Tag harnkontinent									
<b>11. REHABILITATIONERSCHWERNISSE (SCHÖNLE)</b> -50 = Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand -50 = Absaugpflichtiges Tracheostoma -50 = Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung -50 = Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- oder Fremdgefährdung) -50 = Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung -25 = Schwere Verständigungsstörung									
<b>Handzeichen:</b>		<b>SUMME</b>							