

ZENTRUM FÜR GERIATRIE UND FRÜHREHABILITATION

mit geriatrischer Tagesklinik und neurologischem Schwerpunkt

Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand

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