

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN!

Patientenetikett

Antrag für geriatrische tages- klinische Behandlung

Datum:

Krankenkasse:

Hausarzt :

Tel.:

Patient Tel.:

Hauptdiagnose mit Fähigkeitsstörungen:

.....

ICD-10-Code: Akutereignis am:

Stationäre Aufnahme am: OPS 8.550. erbracht seit:

Weitere Diagnosen mit Fähigkeitsstörungen:

.....

Medikation:

.....

Soziales Umfeld:

Geht unabhängig vom Therapieergebnis wieder nach Hause ins HeimHäusliche Versorgung abgesichert? ja neinPflegedienst notwendig? ja neinBetreuung? ja nein beantragtPflegeheimplatz beantragt? ja neinPflegegrade beantragt? ja nein vorh. PGrWohnung Fahrstuhl Treppe
Etage Anzahl StufenSelbstständiges Gehen:
erreicht Pat. die Wohnung selbständig mit Hilfe

Derzeit verwendete Hilfsmittel:

 Rollstuhl Rollator o.ä. UA-Gehstützen OS-/US-Prothese PEG-Sonde Stoma Hörgerät Inkontinenzmaterial Dauerkatheter suprapub. Fistel Urinkondom Sauerstoffgerät Hausnotruf Sonstiges

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN!**Angaben zur Operation/Intervention:**

Datum der Operation: Art der Operation:

Angaben zum Verlauf/Komplikationen:

Im Falle von Frakturen/Gelenkersatzoperationen:

Die Extremität ist voll belastbar nur teilweise belastbar mit kg bis zum
 nicht belastbar**Störung der Sprache und des Sprechens:** Aphasie Dysarthrie Dysphonie deutsches Sprach-
verständnis vorhanden**Störung der Ernährung:** Schluckstörungen ErnährungsproblemeDer Patient ist: untergewichtig normalgewichtig übergewichtig
 hat in den letzten 3 Monaten abgenommen
 hat in den letzten 3 Monaten zugenommen**Sehen:** nicht beeinträchtigt beeinträchtigt stark beeinträchtigt**Hören:** nicht beeinträchtigt beeinträchtigt stark beeinträchtigt**Störung der Kognition:**Gedächtnisstörung keine leichte mäßige schwere zeitweise
Orientierungsstörung keine leichte mäßige schwere zeitweise
Sonstige Störungen Aufmerk- Wahr- Neglect Apraxie
samkeit nehmung

ggf. Erläuterungen:

Störung der Psyche: Depression Vigilanz gestört Unruhe Weglauftendenz
 psychotische Phänomene

MMST: Pkt.

Aktuelle kardiopulmonale Belastbarkeit NYHA

Bitte **geriatrische Besonderheiten** wie z.B. Sturzsyndrom bzw. rezidivierende Stürze, offene Wunden, Dekubitus, incl. Stadium und Lokalisation, angeben:

.....

VOM ARZT AUSZUFÜLLEN!**Derzeit im Krankenhaus oder in der Häuslichkeit durchgeführte Maßnahmen:**

Physiotherapie: täglich wöchentlich (1x 2x 3x)

Ergotherapie: täglich wöchentlich (1x 2x 3x)

Logopädie: täglich wöchentlich (1x 2x 3x)

Neuropsychologie täglich wöchentlich (1x 2x 3x)

Geplante Maßnahmen in der Tagesklinik:

					Gruppen- behandlg.	Einzel- behandlg.
Physiotherapie:	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	(<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie:	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	(<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie:	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	(<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropsychologie	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	(<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mitwirkung bei Therapie/Pflege:

aktiv aktiv nach Aufforderung passiv

Medikamentöse Therapieoptimierung:

.....

.....

.....

Individuelle Behandlungsziele:

.....

.....

.....

Tag der vorgesehenen Aufnahme in der Geriatrischen Tagesklinik:

Beantragte Behandlungstage:

.....
Datum, Unterschrift

VON DER PFLEGE AUSZUFÜLLEN!**Barthel-Index (nach Hamburger Manual):**

			Aufn.	Verl.	aktuell
Essen	Unabhängig – benutzt Geschirr und Besteck	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Total hilfsbedürftig	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl- transfer	Unabhängig, incl. Rollstuhlarretierung und Fußstütze	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Minimale Assistenz und Supervision	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kann aufsitzen, braucht jedoch Hilfe beim Transfer	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kann sich nicht selbst aufsetzen	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per- sönl. Pflege	Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	Unabhängig bei Benutzung der Toilette oder Bettschüssel	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe, z.B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabg., Papier	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kann nicht auf die Toilette	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ba- den	Badet ohne Hilfe	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Badet mit Hilfe	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung	Unabhängig, mind. 50 m, ggf. mit Gehstütze	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geht >50 m mit geringer Hilfe	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Geht <50 m mit geringer Hilfe oder fährt allein Rollstuhl >50 m	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder <50 m fortbewegen	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen- steigen	Unabhängig, ggf. mit Gehhilfe	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe oder Supervision	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kann nicht Treppensteigen	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- kleiden	Unabhängig, incl. Schuhe anziehen	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe oder Supervision	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Total hilfsbedürftig	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhl- kontrolle	Kontinent	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kontinent mit Hilfe oder gelegentlich inkontinent	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dauernd inkontinent	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin- kontrolle	Kontinent, kann Windeln, Vorlagen, Katheter selbst bedienen	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Teilweise inkontinent, braucht Hilfe beim Katheter	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inkontinent, kann Windeln, Katheter o.ä. nicht selbst bedienen	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamtpunktwert:					

Patientenetikett

Antrag zur Übernahme der Transportkosten

Datum:

Krankenkasse:

Im Budget der fachgerechten tagesklinischen Behandlung sind die Kosten für den täglichen An- und Abtransport der Patienten nicht enthalten. Deshalb bitten wir bei einem positiven Bescheid zur teilstationären Behandlung auch um Zusage der Übernahme der Transportkosten zur Geriatrischen Tagesklinik des AMEOS Klinikums Staßfurt, Bodestr. 11, 39418 Staßfurt, und zurück.

Der Transport soll durch das Taxi-/Krankentransportunternehmen

.....

realisiert werden. Die Auswahl des Fuhrunternehmens erfolgt nach strengen wirtschaftlichen Gesichtspunkten.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Unterschrift des Arztes / Stempel