

## Aufnahme-Antrag

### Klinik für akut Geriatrie und geriatrische Frührehabilitation



**Ketteler  
Krankenhaus**  
Offenbach

Bischof W. E. von Ketteler

#### Patientendaten/ Patientenetikett

Name, Vorname, Geburtsdatum:

Anschrift:

**Klinik für Akutgeriatrie  
und geriatrische Frührehabilitation**

**Chefarzt:**

**Mirko Nossek**  
Facharzt für Innere Medizin,  
Geriatrie, Palliativmedizin, Hypertensiologie

#### Anmeldende Klinik oder Praxis:

Name, Anschrift (Stempel)

Ansprechpartner,  
Tel.-Nr.:

**Lichtenplattenweg 85**  
**63071 Offenbach / Main**

**Tel.: 069 / 8505 - 404 (Sekretariat)**

**Fax: 069 / 8505 - 151**

**E-Mail: [geriatrie@ketteler-krankenhaus.de](mailto:geriatrie@ketteler-krankenhaus.de)**

**Homepage: [www.ketteler-krankenhaus.de](http://www.ketteler-krankenhaus.de)**

**Kostenträger :** \_\_\_\_\_ **Versichertennummer:** \_\_\_\_\_

**Zusatzversicherung:**  ja  nein **Name:** \_\_\_\_\_

**Wahlleistung: Chefarzt:**  ja  nein

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ **Familienstand:** \_\_\_\_\_

**Bezugsperson / Angehörige:**  nein  ja; **Name, Tel.-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Gesetzlicher Betreuer:**  nein  ja; **Name, Tel.-Nr./ Fax:** \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung:**  ja  nein

**Pflegegrad:**  nein  wenn, ja  1  2  3  4  5  beantragt

#### Hauptdiagnose / aktuell Behandlungsbedürftige Erkrankung:

#### Nebendiagnose:

<input type="checkbox"/> Art. Hypertonie	<input type="checkbox"/> KHK	<input type="checkbox"/> Z.n. Myokardinfarkt
<input type="checkbox"/> Chr., Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Aktuell dekompensiert
<input type="checkbox"/> COPD/ Emphysem	<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Aktuell exacerbiert
<input type="checkbox"/> Z.n. Apoplex / Hirnblutung	<input type="checkbox"/> Hemiparese	<input type="checkbox"/> Schluckstörung
<input type="checkbox"/> Aphasie/ Dysarthrie	<input type="checkbox"/> Neuropsychologische Störung	<input type="checkbox"/> pAVK, St.
<input type="checkbox"/> Wunde	<input type="checkbox"/> Chr. Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Belastungseinschränkung	<input type="checkbox"/> Degen. Wirbelsäulen-Erk.	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Demenz
<input type="checkbox"/> Z.n. frischer OP (Hüfte, ...)	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstiges		

#### Bisherige Versorgung zu Hause:

- selbständig  mit fremder Hilfe;  
 Angehörigen  Bekannte  Pflegedienst  Altenheim

Gültig ab: 01.06.2020	Nächste Überprüfung: Bei Änderung		
Bearbeiter: Herr CA Nossek	Freigegeben: Herr CA Nossek	Version 04	Seite 1 von 3

## Aufnahme-Antrag

### Klinik für akut Geriatrie und geriatrische Frührehabilitation



**Ketteler  
Krankenhaus**  
Offenbach

**Mobilität:**  Voll selbständig  ohne Hilfsmittel  Mit Hilfsmittel  Hilfsperson  bettlägerig

**Erlaubter Belastung bei Frakturen:**  Vollbelastung  Teilbelastung \_\_\_\_Kg, bis wann \_\_\_\_\_  
Nächste Röntgen-Kontrolle am \_\_\_\_\_

**Amputationen:**  nein  ja  OP am \_\_\_\_\_  
Wundheilung abgeschlossen:  nein  ja  
Prothesenversorgung eingeleitet:  nein  ja, Prothese vorhanden:  nein  ja

#### Isolationsbedürftige Keime:

##### **MRSA-Screening (Nase/ Rachen/ Leiste):**

nicht untersucht  Ergebnis steht noch aus  Negativ (Bitte Befund- Mitgabe)

**Clostridien Enteritis:**  nein  ja  saniert  VRE  3 MRGN  4MRGN

**Noroviren Enteritis:**  nein  ja  saniert

**Sonstige multiresistente Keime:**  nein  ja, welcher? \_\_\_\_\_

Wo \_\_\_\_\_,  saniert, letzter Abstrich: \_\_\_\_\_

**Dekubitus:**  nein  ja, wo: \_\_\_\_\_  
Stadium:  I  II  III  IV

#### Respiratorische Faktoren:

**Sauerstoffgerät:**  Keine,  ja, O<sub>2</sub>-Fluss \_\_\_\_l/min,  intermittierend  kontinuierlich

#### Nicht-invasive Beatmung (NIV) oder CPAP-Gerät:

Keine,  ja, O<sub>2</sub>-Fluss \_\_\_\_l/min,  intermittierend  kontinuierlich

#### Orientierung:

Orientierungsstörungen:  keine  gelegentlich  ständig  
Verwirrheitszustände:  keine  gelegentlich  ständig  
Antriebsstörungen:  keine  gelegentlich  ständig  
Weglauff Tendenz:  keine  gelegentlich  ständig

**Patient will:**  nach Hause  zu den Angehörigen  ins Alten/Pflegeheim  Sonstiges

**Ggfs.: spezielle Therapieziele:**

**Erwünschter Verlegungstermin:** \_\_\_\_\_

**Barthel-Index: Bitte füllen sie den beigefügten Barthel-Index aus.**

Bei Fragen sind wir unter der folgenden Tel.-Nr. zu erreichen: 069/ 8505- 404 (Sekretariat)

Fax-Nr.: 069/ 8505- 151

\_\_\_\_\_  
Datum/ Name des Arztes/ Unterschrift

Gültig ab: 01.06.2020	Nächste Überprüfung: Bei Änderung		
Bearbeiter: Herr CA Nossek	Freigegeben: Herr CA Nossek	Version 04	Seite 2 von 3

## Aufnahme-Antrag

Klinik für akut Geriatrie und geriatrische  
Frührehabilitation



Ketteler  
Krankenhaus  
Offenbach

### Barthel-Index, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

	Punkte	Datum
<b>1. Essen</b>		
Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	10	
Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden / Hilfe bei PEG/ MS-Versorgung	5	
Total hilfsbedürftig beim Essen, Keine PEG/ MS-Ernährung	0	
<b>2. Baden</b>		
Badet oder duscht ohne Hilfe	5	
Badet oder duscht mit Hilfe	0	
<b>3. Waschen</b>		
Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne, wenn Utensilien	5	
Braucht Hilfe	0	
<b>4. An- und Auskleiden</b>		
Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10	
Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an/ aus	5	
Total hilfsbedürftig	0	
<b>5. Stuhlkontrolle</b>		
Kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des Stoma	10	
Teilweise inkontinent, max.1 x Woche., Hilfestellung bei Stoma Pflegeversorgung	5	
Inkontinent	0	
<b>6. Urinkontrolle</b>		
Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/ SPF/ Urostomas	10	
Teilweise inkontinent, max.1x Woche., Hilfestellung bei Versorgung des DK/ SPK/	5	
Häufiger/ ständig inkontinent	0	
<b>7. Toilettenbenutzung</b>		
Unabhängig bei Benutzung der Toilette/ des Nachtstuhls, inklusive Reinigung	10	
Braucht Hilfe für z. B. Gleichgewicht, Kleidung aus-/anziehen, Toilettenpapier	5	
Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl	0	
<b>8. Bett-/(Roll-)Stuhltransfer</b>		
Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	15	
Minimale Assistenz oder Supervision	10	
Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe	5	
Bettlägerig	0	
<b>9. Bewegung / Gehen</b>		
Gehen ohne personelle Aufsicht oder Gehwagen (aber ggf. Stöcke/ UAGS) für	15	
Gehen ohne personelle Aufsicht oder personelle Hilfe mit einem Gehwagen,	10	
Gehen mit Laienhilfe oder Gehwagen im Wohnbereich oder im Wohnbereich <del>komplett selbständig im Rollstuhl</del>	5	
Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht.	0	
<b>10. Treppensteigen</b>		
Ohne Aufsicht od. personelle Hilfe (ggf. mit Stöcken / Gehstützen), mindesten ein <del>Stockwerk hinauf und hinunter steigen</del>	10	
Mit Aufsicht oder Laienhilfe Hilfe mindesten ein Stockwerk hinauf u. hinunter	5	
Patient erfüllt diese Voraussetzungen nicht.	0	
<b>Gesamtpunktzahl (max. 100)</b>		

Gültig ab: 01.06.2020	Nächste Überprüfung: Bei Änderung		
Bearbeiter: Herr CA Nossek	Freigegeben: Herr CA Nossek	Version 04	Seite 3 von 3