HESCURO KLINIK
Bad Brückenau

An
HESCURO KLINIK Bad Brückenau
Sekretariat Akutgeriatrie
Bahnhofstraße 16
97769 Bad Brückenau

Anmeldende Hausarztpraxis
(Stempel mit Telefonnummer)

FAX 09741/ 898 - 4905 TEL 09741/ 898 und Durchwahl 4345 od. 4351 od. 4360

Arzt/Ärztin _____

Anmeldung zur geriatrischen stationären Behandlung

Name des Patienten: _____ **Geburtsdatum:** _____

Geburtsname: _____ **Geburtsort:** _____

Wohnort: _____

Straße: _____

Angehörige/r: _____ **Tel.:** _____

Krankenkasse: _____ **KV-Nummer:** _____

letzter stationärer Aufenthalt von _____ bis _____

Krankenhaus/Abteilung _____

Besonderes: ☐ Pat. mit Wahlleistungen ☐ 1 BZ ☐ 2 BZ

Zustimmungserklärung

Einer Aufnahme zur akutgeriatrischen Behandlung (§ 39 SGB V) in der Akutgeriatrie der HESCURO KLINIK Bad Brückenau und der damit verbundenen Datenweitergabe nach §28 BDSG stimme ich zu.

....
Datum Patient/in / gesetzl. Betreuer / Bevollmächtigter

Bisherige Lebenssituation:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ alleinlebend
☐ mit Ehepartner ☐ Wohnen bei Angehörigen ☐ bisher selbstständig
☐ Haushaltshilfe ☐ bereits pflegebedürftig
☐ Sonstiges

Pflegegrad: _____

Betreuung: ☐ nein ☐ ja Betreuer: _____

☐ **Vorsorgevollmacht** ☐ **Patientenverfügung**

_____ _____ _____
Datum Tel./ Fax

HESCURO KLINIK
Bad Brückenau

vom Arzt auszufüllen

Patient/in: _____ **Geburtsdatum:** _____

Ärztlicher Bericht zur Patientenanmeldung:

_____

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

1. Orientierung/ Kognition

☐ keine Einschränkung von Orientierung/ Gedächtnis
☐ fragliche/ leichte Einschränkung
☐ eindeutig/ schwere Einschränkung

2. Barthel - Index

Essen
10 komplett selbständig
5 Aufsicht oder geringe Hilfe
0 komplett hilfsbedürftig

Aufsetzen & Umsetzen
15 komplett selbständig
10 Aufsicht oder geringe Hilfe
5 erhebliche Hilfe
0 wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert

Waschen
5 vor Ort selbständig
0 erfüllt dies nicht

Toilettenbenutzung
10 vor Ort komplett selbständige Nutzung
5 vor Ort Hilfe oder Aufsicht notwendig
0 benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl

Baden & Duschen
5 selbständiges Baden oder Duschen
0 erfüllt dies nicht

Aufstehen & Gehen
15 ohne Aufsicht oder Hilfe
10 ohne Aufsicht oder Hilfe (mit Gehwagen)
5 mit Hilfe vom sitz in Stand (oder mit Rollstuhl)
0 erfüllt dies nicht

Treppensteigen
10 unabhängig (auch mit Gehhilfe)
5 benötigt Hilfe
0 komplett hilfsbedürftig

Ankleiden
10 unabhängig, incl. Schuhe anziehen
5 hilfsbedürftig
0 komplett hilfsbedürftig

Stuhlkontinenz
10 kontinent
5 teilweise inkontinent
0 inkontinent

Harnkontinenz
10 kontinent
5 teilweise inkontinent
0 inkontinent

Summe: _____

3. Wundheilungsstörung

☐ nein ☐ ja Größe: _____ Ort: _____

4. aktuelles Beschwerdebild

_____

Dialyse: ☐ ja an welchen Tagen: _____ Ort: _____

Sonstiges: _____

_____ _____ _____
Ort, Datum Unterschrift Arzt Telefonnummer