

**Anfrage zur Übernahme in die Akutgeriatrie – Klinik für Altersmedizin**

- Ausschlusskriterien:**
- Barthel-Index ab 45 und mehr → Barthel = \_\_\_\_\_ (bitte angeben)
  - Pflegegrad 5 und bestehende Heimversorgung → PG = \_\_\_\_\_ (bitte angeben)
  - 4 MRGN – Infektion
  - Covid positiv – Abstrich

**gewünschte Übernahme am:** \_\_\_\_\_

<b>Verlegende Klinik / Zuweisender Arzt:</b>	<b>Ansprechpartner:</b>  Name.....Tel.....  Fax:.....
<b>Patientendaten:</b> (hier Patientenetikett)  Name: ..... Vorname: ..... geb.: ..... Straße: ..... PLZ / Ort: .....	<b>Versicherungsstatus:</b>  <b>Krankenkasse:</b> _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett
<b>Angehörige/Bevollmächtigte/Betreuer</b>	Name:.....Tel:.....
<b>Gesetzliche Betreuung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Name:.....Tel:.....  Hausarzt:  Nervenarzt:
<b>Hauptbehandlungsdiagnose:</b>	_____
<b>akutstationärer Behandlungsbedarf:</b> (Weiterbehandlung in der Akutgeriatrie wegen:)	_____
<b>Wichtige Nebendiagnosen:</b>	_____
<b>Besonderheiten in der Versorgung:</b>	<input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Unruhe, Weglauftendenz <input type="checkbox"/> Schwere Demenz <input type="checkbox"/> Nur mit Hilfsmitteln mobil _____ <input type="checkbox"/> nicht mobil <input type="checkbox"/> <b>Vollbelastung erlaubt</b> <input type="checkbox"/> <b>Teilbelastung mit _____ kg</b> bis zum _____ <input type="checkbox"/> Adipositas > 120 kg <input type="checkbox"/> Übergröße > 1,85 m
<b>Sonstiges:</b>	<input type="checkbox"/> Bes. Med., Chemo, Radiatio <input type="checkbox"/> Bes. Kostform: <input type="checkbox"/> Dysphagie <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> BDK <input type="checkbox"/> O2-Pflicht <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> spezielles Antidekubitussystem <input type="checkbox"/> <b>Dialyse</b>
<input type="checkbox"/> <b>Isolation nicht erforderlich</b>	<input type="checkbox"/> <b>Isolation erforderlich wegen:</b> <input type="checkbox"/> <b>MRSA</b> <input type="checkbox"/> <b>CD</b> <input type="checkbox"/> <b>Noro</b> <input type="checkbox"/> <b>andere</b> _____

Patientenname oder - aufkleber

## Barthel – Index

➔ erhoben am: \_\_\_\_\_  
Datum

	Bitte ankreuzen:
<b>Hände u. Gesicht waschen, Haare kämmen, Zähne putzen, holt Rasierer, rasiert sich selbst</b>	<b>1. Persönliche Hygiene</b>
Selbständig im Bereich des Kopfes	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig oder braucht Hilfe	0 <input type="checkbox"/>
<b>Abseifen, duschen oder Vollbad nehmen, abtrocknen, nicht an- oder ausziehen</b>	<b>2. Baden, Duschen</b>
Selbständig in allen Phasen	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig oder braucht Hilfe	0 <input type="checkbox"/>
<b>An- u. ausziehen, hält Gleichgewicht, benützt Toilettenpapier, stellt Bettpfanne ab</b>	<b>3. Toilettenbenutzung</b>
Unabhängig in allen Phasen	10 <input type="checkbox"/>
Kann mit Hilfe o.g. Tätigkeiten ausführen	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig, auch wenn Hilfe gewährt wird	0 <input type="checkbox"/>
<b>Kontrolle erhalten, kann Zäpfchen einführen oder Mikro-Clist benutzen</b>	<b>4. Stuhlkontinenz</b>
Tag und Nacht kontinent	10 <input type="checkbox"/>
Maximal 1x/Woche inkontinent, benötigt Hilfe	5 <input type="checkbox"/>
Häufiger oder ständig inkontinent, vollständig hilfsbedürftig	0 <input type="checkbox"/>
<b>Kontrolle erhalten, kann Dauerkatheter versorgen und Hilfsmittel reinigen</b>	<b>5. Urinkontinenz</b>
Tag und Nacht kontinent	10 <input type="checkbox"/>
Maximal 1x/Tag inkontinent, benötigt Hilfe	5 <input type="checkbox"/>
Häufiger oder ständig inkontinent, unselbständig bei Hilfsmittelversorgung	0 <input type="checkbox"/>
<b>Isst in angemessener Zeit, benützt Besteck, kann Fleisch schneiden u. Butter streichen</b>	<b>6. Essen</b>
Isst selbständig, wenn Essen in Reichweite steht	10 <input type="checkbox"/>
Kann mit Hilfe selbständig essen, z.B. Fleisch muss geschnitten werden	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig, auch wenn Hilfe gewährleistet ist	0 <input type="checkbox"/>
<b>Darf angepasste Kleidung u. Anziehhilfen benutzen, kann Korsett anlegen</b>	<b>7. An- u. Auskleiden</b>
Selbständig inklusive Schuhe an- und ausziehen	10 <input type="checkbox"/>
Kann mit Hilfe mind. die Hälfte in angemessener Zeit leisten	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig, auch wenn Hilfe gewährleistet ist	0 <input type="checkbox"/>
<b>Bett-Rollstuhl und zurück: legen, setzen, Transfer, Fußrasten, Bremsen</b>	<b>8. Transfer</b>
Selbständig und sicher in allen Phasen	15 <input type="checkbox"/>
Kann mit geringer Hilfe od. Beaufsichtigung Transfer leisten	10 <input type="checkbox"/>
Kann lediglich Transfer vom Liegen zum Sitzen selbständig durchführen	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig, kann beim gesamten Transfer nicht mithelfen	0 <input type="checkbox"/>
<b>Ebenerdig, alle Hilfsmittel erlaubt außer Gehwagen, handling selbständig, Transfer</b>	<b>9. Gehen, Rollstuhlfahren</b>
Selbständig aufstehen und selbständig 50 m gehen	15 <input type="checkbox"/>
Kann mit geringer Hilfe oder Beaufsichtigung 50 m gehen	10 <input type="checkbox"/>
Kann selbständig mit Rollstuhl 50m fahren, auch um Ecken herum	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig, braucht Hilfe auch beim Rollstuhlfahren	0 <input type="checkbox"/>
<b>Handlauf und Hilfsmittel erlaubt, muss Gehhilfen tragen können</b>	<b>10. Treppen gehen</b>
Geht selbständig und sicher mehrere Stufen auf und ab	10 <input type="checkbox"/>
Kann mit Hilfe oder Beaufsichtigung mehrere Stufen gehen	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig, auch wenn Hilfe gewährt wird	0 <input type="checkbox"/>
<b>Höchstzahl 100 Punkte</b>	<b>Summe:</b>

Patientenaufkleber

# ISAR:

## Identification of Seniors At Risk

Datum:

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
<b>Hilfebedarf</b> 1. Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik gebracht hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?		
<b>Akute Veränderung des Hilfebedarfs</b> 2. Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?		
<b>Hospitalisation</b> 3. Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?		
<b>Sensorische Einschränkung</b> 4. Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?		
<b>Kognitive Einschränkung</b> 5. Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?		
<b>Multimorbidität</b> 6. Nehmen Sie pro Tag 6 oder mehr verschiedene Medikamente ein?		
Für jedes „ <b>ja</b> “ <b>1 Punkt</b> →	Summe	_____
Alter 65+ ISAR 3 – 6 →	<b>geriatrischer Handlungs-Bedarf!</b>	