



Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig (AGAPLESION Mitteldeutschland) Georg-Schwarz-Straße 49 04177 Leipzig Klinik für Geriatrie Chefärztin Frau O. Korobtsova	Kontakt und Erreichbarkeit: Casemanagement Tel.: 0341 444 5736 Fax: 0341 444 3252 Mail: DKL_Casemanagement@ediacon.de
--	---

Name Vorname	Adresse
Geburtsdatum:	KK/Versicherungs-Nr.

Aktueller Aufenthalt	<input type="radio"/> stationär <input type="radio"/> Pflegeeinrichtung <input type="radio"/> Zu Hause
Behandelnder Hausarzt/ Hausärztin:	
Primärer Ansprechpartner für medizinische und organisatorische Belange	<input type="radio"/> Angehörige <input type="radio"/> BetreuerIn <input type="radio"/> VS-Bevollmächtigter

Hauptdiagnose:

Begleiterkrankungen:

Geriatrische Syndrome:

Lebenssituation vor aktueller Erkrankung					
<input type="radio"/> allein lebend	<input type="radio"/> selbstständig	<input type="radio"/> eigene Wohnung	<input type="radio"/> Kurzzeitpflege	<input type="radio"/> fam. Unterstützung	
<input type="radio"/> mit Angehörige	<input type="radio"/> hilfsbedürftig	<input type="radio"/> betreutes Wohnen	<input type="radio"/> Pflegeheim	<input type="radio"/> Pflegedienst	
Aktuell anerkannter Pflegegrad					
<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> beantragt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
<input type="radio"/> 5					
Relevante Zusatzinformationen					
<input type="radio"/> PEG	<input type="radio"/> Schluckstörung	<input type="radio"/> Kontrakturen	<input type="radio"/> Dialyse		
<input type="radio"/> Tracheostoma	<input type="radio"/> Nasogastrale Sonde	<input type="radio"/> Stomaversorgung	<input type="radio"/> Zentraler Zugang		
Nachgewiesene Keime (ggf. mit Erregernachweisdatum)					
<input type="radio"/> 3 MRGN	<input type="radio"/> VRE	<input type="radio"/> Clostridien	<input type="radio"/> Influenza		
<input type="radio"/> 4 MRGN	<input type="radio"/> MRSA	<input type="radio"/> Noro/Adenovirus	<input type="radio"/> Covid 19		
<input type="radio"/> ESBL	<input type="radio"/> Sonstige:				

Medikamente (inklusive Insulin und i.v.-Gaben), ggf Medikationsliste anbei zu schicken



Barthel-Index

(modifiziert nach F. I. Mahoney & D. W. Barthel)

Kategorie	Fähigkeitsbeschreibung	Punktzahl
Essen und Trinken	Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
	Nur mit Unterstützung möglich	<input type="checkbox"/> 5
	Selbstständig möglich	<input type="checkbox"/> 10
Transfer Rollstuhl ↔ Bett	Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
	Nur mit Unterstützung möglich	<input type="checkbox"/> 5
	Selbstständig möglich	<input type="checkbox"/> 15
Persönliche Pflege ▪ Gesicht waschen, ▪ Kämmen, Rasieren, ▪ Zähneputzen	Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
	Nur mit Unterstützung möglich	<input type="checkbox"/> 0
	Selbstständig möglich	<input type="checkbox"/> 5
Benutzung der Toilette ▪ An-/ Auskleiden, ▪ Körperreinigung, ▪ Wasserspülung	Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
	Nur mit Unterstützung möglich	<input type="checkbox"/> 5
	Selbstständig möglich	<input type="checkbox"/> 10
Baden, Duschen	Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
	Nur mit Unterstützung möglich	<input type="checkbox"/> 0
	Selbstständig möglich	<input type="checkbox"/> 5
Gehen auf ebenem Untergrund	Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
	Nicht möglich, aber selbst. im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> 5
	Nur mit Unterstützung möglich	<input type="checkbox"/> 10
	Selbstständig möglich	<input type="checkbox"/> 15
Treppen auf-/ absteigen	Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
	Nur mit Unterstützung möglich	<input type="checkbox"/> 5
	Selbstständig möglich	<input type="checkbox"/> 10
An-/ Ausziehen	Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
	Nur mit Unterstützung möglich	<input type="checkbox"/> 5
	Selbstständig möglich	<input type="checkbox"/> 10
Stuhlkontrolle	Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
	Nur mit Unterstützung möglich	<input type="checkbox"/> 5
	Selbstständig möglich	<input type="checkbox"/> 10
Harnkontrolle	Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
	Nur mit Unterstützung möglich	<input type="checkbox"/> 5
	Selbstständig möglich	<input type="checkbox"/> 10
Gesamtpunktzahl (max. 100 Punkte)		<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>



Charakteristika (akutmedizinischer Handlungsbedarf)	Ja	Nein
Infektkonstellation mit eindeutigen Fokus		
Infektkonstellation unklarer Fokus (klinisch oder laborchemisch nicht eindeutig zuzuordnen)		
Derzeit laufende intravenöse antiinfektive Therapie		
Akute Dyspnoe und/oder Unterschenkelödeme		
▪ Ruhedyspnoe		
▪ Sauerstoffbedarf		
▪ Einsatz eines Beatmungsgerätes (z. B. NIV/CPAP etc.)		
Akute Schmerzexazerbation mit Mobilitätseinschränkung		
Vorliegen einer vollständigen Orientierung (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person)		
▪ Ja, Vorliegen einer vollständigen Orientierung (zeitlich, örtlich, situativ und zur Person)		
▪ nein, Symptomatik neu aufgetreten?		
▪ Zeigt der Patient Hinlauftendenz (z. B. ungerichtetes Verlassen der Umgebung)		
▪ Psychische und verhaltensbezogene Auffälligkeiten (z. B. Aggressivität, depressive Symptome, Angstzustände)		
Anweisungsverständnis vorhanden?		
Nierenwertverschlechterung (GFR <30ml/Min und mind. um 15 ml/Min verschlechtert)		
Dysphagie		
Dekubitus (Grad und Lokalisation)		
Elektrolytentgleisungen		
Entgleisung Blutdruck über mind. 3 Tage		
Entgleisung Diabetes Mellitus über mind. 3 Tager.ki		
Einschätzung Mobilität vor Aufnahme		
▪ keine Mobilität (bettlägerig)		
▪ Mobilität mit Hilfsmittel (bspw. Rollator)		
▪ Selbstständig mobil ohne Hilfsmittel		
Nach OP: Vollbelastung möglich?		
Nach OP: Teilbelastung möglich?*		
Neu aufgetretene neurologische Defizite (z. Bsp. Akuter Schlaganfall, akute Verschlechterung eines Parkinsons, periphere Paresen)		
Einverständnis des Patienten über weitere 15-tägige stationäre Behandlung?		

*bitte bei Bemerkungen detaillieren

Bemerkungen: komplikativer Verlauf/ITS – Aufenthalt/ Dialyse / spezifische Therapie / (inkl. Radiatio/Chemotherapie) / Wundheilungsstörung

Gewünschtes Aufnahmedatum:

Arzt/Ärztin (inklusive Telefonnummer):

Kontakt für Rückfragen und Terminabsprache (inklusive Telefonnummer):

Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweis: Nur vollständig ausgefüllte Formulare werden bearbeitet.

Wir bitten um Mitgabe eines aktuellen Arztbriefes und Medikamentenplans (einschließlich Insulinschema und intravenöser Therapie) sowie von allen weiteren wichtigen medizinischen Informationen inklusive Bildgebung, Mikrobiologische Diagnostik, Laborbefunden etc.