



**Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda**

IK-Nr. 260 620 180

**Abteilung für Geriatrische Innere Medizin  
und Rheumatologie**

Chefarzt: Dr. med. W. Behringer

Facharzt für Innere Medizin - Rheumatologie

- Klinische Geriatrie - Physikalische Therapie -  
Osteologie (DVO)

Telefon: (0661) 15 - 1102

Telefax: (0661) 15 - 1103

**Geriatrische Tagesklinik**

Chefarzt: Dr. med. W. Behringer

Pflegeleiter Reinhold Kellner,

Tel.: (0661) 15- 5112, Fax: (0661) 15- 5113

Neue Telefon.- u. Fax-Nummern für die Tagesklinik

**ANMELDUNG zur**

- vollstationären  
 teilstationären

**Behandlung**

**Name, Geburtsdatum:**


**Anschrift, Telefonnummer:**


**Krankenversicherung:**

--

**Hauptdiagnose:**

--

**Nebendiagnosen:**


**Behandlungsziel:**


(Fortsetzung Seite 2)

1. **Orientierung/ Kognition**

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

2. **Barthel-Index:****ESSEN**

- 10 unabhängig, benutzt Geschirr  
 5 braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden  
 0 total hilfebedürftig

**BETT-STUHL-TRANSFER**

- 15 unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)  
 10 minimale Assistenz oder Supervision  
 5 kann sitzen, braucht Hilfe zum Transfer  
 0 bettlägerig

**WASCHEN**

- 5 wäscht sich, kämmt sich, etc.  
 0 braucht Hilfe

**TOILETTE**

- 10 unabhängig bei Benutzung der Toilette  
 5 braucht Hilfe (z.B. Kleidung, etc.)  
 0 kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl

**BADEN**

- 5 badet oder duscht ohne Hilfe  
 0 badet oder duscht mit Hilfe

**BEWEGUNG**

- 15 unabhängig. Gehen (auch mit Gehhilfe) mind. 50 m  
 10 mind. 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung  
 5 für Rollstuhlfahrer: unabhängig für min. 50 m  
 0 kann sich nicht (mind. 50 m) fortbewegen

**TREPPENSTEIGEN**

- 10 unabhängig (auch mit Gehhilfe)  
 5 braucht Hilfe oder Supervision  
 0 kann nicht Treppensteigen

**ANKLEIDEN**

- 10 unabhängig, incl. Schuhe anziehen  
 5 hilfsbedürftig  
 0 total hilfsbedürftig

**STUHLKONTROLLE**

- 10 kontinent  
 5 teilweise inkontinent (z.B. nachts)  
 0 inkontinent

**URINKONTROLLE**

- 10 kontinent  
 5 teilweise inkontinent  
 0 inkontinent

**Summe:**3. **DEKUBITALULCUS/WUNDHEILUNGSSTÖRUNG:**nein ja 

ggf. Größe:

Ort:

4. **WEITERE RELEVANTE BEHINDERUNGEN** (z. B. Schwerhörigkeit/Sehstörung/Glaukom/Sprachstörungen/etc.)5. **SOZIALES** Eigene Wohnung (  Etage, Aufzug? nein  ja  ) Wohnen bei Angehörigen Bislang Wohnen im Altenheim Wohn-  Pflegebereich  Betreuung durch Sozialstation? nein  ja  , wenn ja welche:  Erfolgte bereits Heimanmeldung? nein  ja  , wenn ja, wo? 

,den

Ort, Datum

Unterschrift des Anmeldenden

Telefonnummer