



## Antrag auf teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

**Klinik für Altersmedizin**  
Leitende Ärztinnen:  
Claudia Ankerst  
Dr. med. Kerstin Amadori  
T 069 3106-2720 (Tagesklinik)  
F 069 3106-2876 (Tagesklinik)  
altersmedizin@varisano.de

Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Anschrift:

Versicherung	Wahlleistung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
--------------	--------------	-----------------------------	-------------------------------

Aufnahme in Tagesklinik möglich ab:		
Ärztliche Ansprechperson:		Telefon-Nr.:
Häusliche Situation:	Betreuung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Angehörige:
	Vollmachten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Tel.:

### Klinische Angaben:

Hauptdiagnose:

Relevante Nebendiagnosen:

Nach stattgehabter Fraktur:

- Vollbelastung
- Teilbelastung \_\_\_\_\_ kg
- Entlastung

Infektionen:     MRSA     Clostridien     MRGN     VRE

### Barthel-Index

**1. Essen**

Unabhängig (10) Braucht Hilfe (5) Total hilfsbedürftig (0)

**2. Baden**

Badet oder duscht ohne Hilfe (5) Badet oder duscht mit Hilfe (0)

**3. Waschen**

Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne (5) Braucht Hilfe (0)

**4. An- und Auskleiden**

Unabhängig (10) Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an/aus (5) Total hilfsbedürftig (0)

**5. Stuhlkontrolle**

Kontinent (10) Teilweise inkontinent (5) Inkontinent (0)

**6. Urinkontrolle**

Kontinent (10) Teilweise inkontinent (5) Inkontinent (0)

**7. Toilettenbenutzung**

Unabhängig (10) Braucht Hilfe (5) Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl (0)

**8. Bett-/(Roll-)Stuhltransfer**

Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer) (15) Minimale Assistenz oder Supervision (10)  
Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe (5) Bettlägerig (0)

**9. Bewegung**

Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) für mindestens 50 m (15)

Mindestens 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung (10)

*Für Rollstuhlfahrer:* unabhängig für mindestens 50 m (5)

Kann sich nicht mindestens 50 m fortbewegen (0)

**10. Treppensteigen**

Unabhängig (10) Braucht Hilfe oder Supervision (5) Kann nicht Treppensteigen (0)

**Gesamtpunktzahl (max. 100)**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Einweisers/Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes