

**Klinik für Geriatrie und Innere Medizin**

Chefärztin Dr. Christine Weis  
Semmelweisstraße 7  
67071 Ludwigshafen-Oggersheim

Telefon 0621 6819-255  
Fax: 0621 6819-257



**Krankenhaus  
Zum Guten Hirten  
Ludwigshafen**

Eine Einrichtung der Krankenhaus-Stiftung  
der Niederbronner Schwestern

## Anmeldung zur geriatrischen frührehabilitativen Komplextherapie (GKT)

### Patientendaten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Antwortfax an: \_\_\_\_\_ und Telefonnr. \_\_\_\_\_

Gewünschte Aufnahme ab (Datum): \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Vollstationär im Einbettzimmer \_\_\_\_\_ Zweibettzimmer \_\_\_\_\_

Zuweiser: \_\_\_\_\_  
(Name der Klinik bzw. einweisender Arzt)

Aktuelles Problem und Begleiterkrankung (auszufüllen vom Arzt):

---

---

---

---

---

Behandlungsziel (auszufüllen vom Arzt)

---

---

---

---

## Klinik für Geriatrie und Innere Medizin

Chefärztin Dr. Christine Weis  
Sammelweisstraße 7  
67071 Ludwigshafen-Oggersheim

Telefon 0621 6819-255  
Fax: 0621 6819-257



**Krankenhaus  
Zum Guten Hirten  
Ludwigshafen**

Eine Einrichtung der Krankenhaus-Stiftung  
der Niederbronner Schwestern

Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Häusliche Versorgung:  im eigenen Haushalt  bei Angehörigen  im Alten-/Pflegeheim

Mobilität vor Akutereignis:  unabhängig (auch mit Hilfsmittel)  nur in Begleitung

immobil/bettlägerig

Angehörige: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Sprache: \_\_\_\_\_ Aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_

### Aktueller Barthel-Index

	<b>selbstständig</b>	<b>mit Unterstützung</b>	<b>nicht möglich</b>
1. Essen	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0
2. Bett/ (Rollstuhl-)Transfer	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0
3. Waschen	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
4. Toilettengang	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0
5. Baden	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
6. Gehen/ Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0
7. Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0
8. An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0
9. Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0
10. Harnkontrolle	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 0

**GESAMTPUNKTZAHL:** \_\_\_\_\_

**Weglaufgefährdung**  ja  nein

**Orientierungsfähigkeit des Patienten:**  voll  zeitweise  nicht orientiert

**Demenz:**  ja  nein

**Durchgangssyndrom/Delir:**  ja  nein

**Verhaltensauffälligkeiten:**  ja  nein wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Tag-Nacht-Rhythmus gestört:**  ja  nein

**Motivation zur Mobilisierung:**  ja  nein

**Letzte GKT/FKT > 6 Monate her**  ja  nein

**Klinik für Geriatrie und Innere Medizin**

Chefärztin Dr. Christine Weis  
 Semmelweisstraße 7  
 67071 Ludwigshafen-Oggersheim

Telefon 0621 6819-255  
 Fax: 0621 6819-257



**Krankenhaus  
 Zum Guten Hirten  
 Ludwigshafen**

Eine Einrichtung der Krankenhaus-Stiftung  
 der Niederbronner Schwestern

- Versorgt mit:**
- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter | <input type="checkbox"/> Anus praeter |
| <input type="checkbox"/> PEG            | <input type="checkbox"/> transnasale Magensonde  | <input type="checkbox"/> Tracheostoma |
| <input type="checkbox"/> sonstige       |  |                                       |

**Komplikationen:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung       | <input type="checkbox"/> Dekubitus: Grad: | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle       |
| <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> -pflichtig | <input type="checkbox"/> Dialyse          | <input type="checkbox"/> Durchfallerkrankung |
| <input type="checkbox"/> sonstige:                 |   |  |

Multiresistente Erreger: (auszufüllen vom Arzt)	Status/Relevanz		
	Sanierungs-/ Behandlungsbedürftige Infektion	Asymptomatischer Träger: Isolation erforderlich	Z. n. Trägertum (erfolgreich saniert)
<input type="checkbox"/> keine			
<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> VRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4-MRGN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lokalisation des Abstrichs:</b>			

**Bei Frakturen/TEP (auszufüllen vom Arzt):**

- Vollbelastung       Teilbelastung: \_\_\_\_\_ kg       Entlastung bis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Name des Arztes und Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
 Stempel der Klinik oder der Praxis  
 (Notwendig, sonst keine Bearbeitungsmöglichkeit)