



Einweisende Praxis / verlegendes Krankenhaus:		Krankenkasse/-Versicherung:	
		Telefon-Nr. bei Rückfragen:	
		Gewünschter Aufnahmetermin:	
Patientenetikett:		☐ Wahlleistung Chefarzt erwünscht:	
Anmeldung für:			
Status vor Erkrankung:			
☐ selbständig / Wohnung		☐ 24-Stundenbetreuung	
		☐ Altenheim / Wohnbetreuung	
		☐ Altenheim / Pflegebereich	
Akutmedizinischer Behandlungsbedarf:			
Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:			
Weitere behandlungsrelevante Diagnosen (Bitte Arztbrief als Anlage beifügen!):			
Summe Punkte Barthel-Index (siehe Seite 2):			
OP-Datum:			
Bei Fraktur:	☐ Vollbelastung	☐ übungsstabil	☐ Entlastung
	☐ Teilbelastung ab (Datum):		mit (kg):
Geriatrische Multimorbidität:			
☐ Immobilität		☐ Dekubitus / Wunden	
☐ Kognitive Defizite / Delir / Demenz		☐ Inkontinenz	
☐ Depression / Angststörung		☐ hohes Komplikationsrisiko	
☐ Sensibilitätsstörung		☐ Mangel- / Fehlernährung	
☐ starke Seh- / Hörbehinderung		☐ Schmerz	
☐ Exsikkose / Elektrolytentgleisung		☐ Multimedikation (>5) / Medikationsprobleme	
☐ rezidiv. Stürze / Schwindel / Gangstörung		☐ verzögerte Rekonvasenz	
Sonstiges:			
☐ Erbrechen		☐ Nasogastr. / Sonde	
☐ Durchfall		☐ PEG	
☐ Hin- bzw. Weglauftendenz		☐ DK	
☐ Aggressivität		☐ Cystofix	
		☐ Tracheostoma	
☐ Infektionen (Noro / MRSA / Clost. / MRGN / VRE ...)		Falls ja, welche?	
Durchgehende Rehabilitationsfähigkeit in der Rehabilitationsklinik nicht möglich, weil:			
☐ Vitalparameter nicht durchgehend stabil			
☐ Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit			
☐ Komplikationen			
☐ Notwendigkeit einer akutmedizinischen Diagnostik und Behandlung aufgrund von Begleiterkrankungen			
Pflegegrad:	☐ nein	☐ I	☐ II
		☐ III	☐ IV
		☐ V	☐ eingeleitet
Betreuung:	☐ nein	☐ ja, durch:	
Heimanmeldung:	☐ nein	☐ läuft (Datum)	☐ geplant (Datum)
Anmeldung / KZP:	☐ nein	☐ läuft (Datum)	☐ geplant (Datum)
AHB:	☐ nein	☐ läuft (Datum)	☐ geplant (Datum)
Patientenverfügung:	☐ nein	☐ ja	
Versorgungsvollmacht:	☐ nein	☐ ja	
Ort, Datum:			
Name, Vorname des Zuweisers		Unterschrift des Zuweiser	
Intern (Bitte nicht ausfüllen!)			
☐ Patient wird aufgenommen		Station:	
Datum:			
Name, Vorname des Arztes		Unterschrift des Arztes	

HAMBURGER EINSTUFUNGSMANUAL ZUM BARTHEL-INDEX

ESSEN

☐	10	komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung
☐	5	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen der Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung
☐	0	kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung

AUFSETZEN & UMSETZEN

☐	15	komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
☐	10	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
☐	5	erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
☐	0	wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert

SICH WASCHEN

☐	5	vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren
☐	0	erfüllt „5“ nicht

TOILETTENBENUTZUNG

☐	10	vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettensstuhl incl. Spülung/Reinigung
☐	5	vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toilettens- oder Toilettensstuhlbenutzung oder deren Spülung/Reinigung erforderlich
☐	0	benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettensstuhl

BADEN/ DUSCHEN

☐	5	selbständiges baden oder Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen
☐	0	erfüllt „5“ nicht

AUFSTEHEN & GEHEN

☐	15	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcken/ gehstützen) gehen
☐	10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen
☐	5	mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig mit Rollstuhl
☐	0	erfüllt „5“ nicht

TREPPENSTEIGEN

☐	10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/ gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen
☐	5	mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. Ein Stockwerk hinauf und hinunter
☐	0	erfüllt „5“ nicht

AN- & AUSKLEIDEN

☐	10	zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) an und aus
☐	5	kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus , sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind
☐	0	erfüllt „5“ nicht

STUHLKONTROLLE

☐	10	ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung
☐	5	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/AP-Versorgung
☐	0	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent

HARNKONTROLLE

☐	10	ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz/ versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)
☐	5	kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
☐	0	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent