



# GPR

**Gesundheits- und Pflegezentrum  
Rüsselsheim gemeinnützige GmbH**

**Klinikum**

**Geriatrische Klinik**

**Chefarzt Dr. med. Stefan Haas**

**August – Bebel – Str. 59**

**65428 Rüsselsheim**

**Tel.: 06142 88-1857 , Fax: 06142 88-1440**

## ANMELDUNG ZUR GERIATRISCHEN BEHANDLUNG

**Name:**

*(ggf. Aufkleber)*

**Adresse:**

**Krankenkasse:**

**Geburtsdatum:**

**Hauptdiagnose** (ggf. mit resultierenden Defiziten z. B. Hemiparese, Aphasie, etc.):

**Behandlungsrelevante Nebendiagnosen:**

**Notizen zum bisherigen Verlauf (z.B. Frakturbelastbarkeit, MRSA o.ä., sonstige medizinische Probleme, etc.)**

**Gewünschter Aufnahmeterrmin :**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Anmeldenden**

\_\_\_\_\_  
**Telefon Nr.**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

<b>Orientierung / Kognition</b>	<b>0</b>	<b>Keine Einschränkung</b>
	<b>0</b>	<b>Fragliche / leichte Einschränkung</b>
	<b>0</b>	<b>Eindeutige / schwere Einschränkung</b>

<b>Aktivitäten des täglichen Lebens</b>	
<b>Essen</b>	<b>Bewegung</b>
10 Unabhängig, benutzt Geschirr	15 Unabhängig. Gehen (auch mit Gehhilfe), mind. 50 m
5 Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden	10 Mind. 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung
0 Völlig hilfsbedürftig	5 Für Rollstuhlfahrer: unabhängig für mind. 50 m
	0 Kann sich nicht 50 m fortbewegen
<b>Bett – Stuhl – Transfer</b>	<b>Treppensteigen</b>
15 Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	10 Unabhängig (auch mit Gehhilfe)
10 Minimale Assistenz oder Supervision	5 Braucht Hilfe/Supervision
5 Kann sitzen, braucht Hilfe zum Transfer	0 Kann nicht Treppensteigen
0 Bettlägerig	
<b>Waschen</b>	<b>Ankleiden</b>
5 Wäscht Gesicht, kämmt sich, etc.	10 Unabhängig (inkl. Schuhe)
0 Braucht Hilfe	5 Hilfsbedürftig
	0 Total hilfsbedürftig
<b>Toilette</b>	<b>Stuhlkontrolle</b>
10 Unabhängig bei Benutzung der Toilette	10 Kontinent
5 Braucht Hilfe (z. B. Gleichgewicht)	5 Teilweise inkontinent (z. B. nachts)
0 Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl	0 Inkontinent
<b>Baden</b>	<b>Urinkontrolle</b>
5 Baden / Duschen ohne Hilfe	10 Kontinent
0 Mit Hilfe	5 Teilweise inkontinent (z. B. nachts)
	0 Inkontinent

<b>Dekubitus / Wundheilungsstörung</b>	
0 <b>Nein</b>	0 <b>Ja</b>
	Größe? _____
	Ort? _____

<b>Soziales</b>			
0	Eigene Wohnung	0	Wohnen bei Angehörigen
0	Altenwohnheim	0	Altenpflegeheim
0	Heimannmeldung eingeleitet	0	Heimannmeldung soll noch erfolgen

Sonstige Anmerkungen: