



Leitender Arzt  
**Dr. med. Thomas Biundo**  
FA f. Innere Medizin/Geriatrie  
Krahnenufer 19  
54290 Trier

Telefon: 0651 / 945-2002  
Telefax: 0651 / 945-2050

Einweisende Institution - Arzt
--------------------------------

## ANMELDUNG zur geriatrischen REHABILITATION

Stationäre Rehabilitation

Tagesklinik

### 1. Patientendaten

Patientenname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb-Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.

Geschlecht:  männlich  weiblich      Krankenhaus – Aufnahme datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_

Für die Rehabehandlung  
relevante Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_

Therapiemaßnahme/OP: \_\_\_\_\_

Funktionseinschränkung: \_\_\_\_\_

Belastbarkeit bei Fraktur / EP: \_\_\_\_\_

### 2. Sozialdaten

**Hilfe vor Einweisung**

- keine
- häusl. Krankenpflege
- Sozialstation
- Pflege durch Angehörige
- Haushaltshilfe
- Essen auf Rädern
- Rollstuhl
- Gehhilfe

**Leistungen von Sozialversicherungsträgern**

- keine
- Pflegestufe 1
- Pflegestufe 2
- Pflegestufe 3
- andere

**Haushalt**

- alleine
- mit Ehepartner
- mit Kind(ern)
- mit anderen

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
KS	7.2.1 Anmeldung zur geriatrischen Rehabilitation	Bi/St/KS	2 von 12-10	1 von 3



Patientenname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb-Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

### 3. Funktionseinbußen

- Essen**
- selbständig
  - Zubereitung mit Hilfe
  - Nahrungsaufn. mit Hilfe
  - PEG / Nährsonde

- Körperpflege**
- selbständig
  - mit Hilfe
  - durch Pflegekräfte

- Ankleiden**
- selbständig
  - mit Hilfe
  - durch Pflegekräfte

- Toilette**
- selbständig
  - Inkontinenz
  - mit Hilfe /
  - Toilettenstuhl

- Mobilität**
- selbständig
  - Gehen mit Hilfsmittel
  - Gehen mit Hilfe
  - Rollstuhl
  - keine Mobilität

- Verwirrtheit**
- keine
  - gering
  - ausgeprägt

Ist der Patient / die Patientin in der Lage, aktiv an Therapien teilzunehmen? ja  nein

Wird der Patient / die Patientin seine / ihre bisherige Lebensführung mutmaßlich fortführen können? ja  nein

Ziel der Reha - Maßnahme: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

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

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
KS	7.2.1 Anmeldung zur geriatrischen Rehabilitation	Bi/St/KS	2 von 12-10	2 von 3



Patientenetikett

**ATL-18**

1. völlige Unselbstständigkeit
2. ausgeprägte Hilfestellung
3. mäßige Hilfestellung
4. Kontakthilfe
5. Beaufsichtigung/Vorbereitung
6. eingeschränkte Selbständigkeit
7. volle Selbständigkeit

Aufnahme: \_\_\_\_\_

Entlassung: \_\_\_\_\_

**Funktionale Selbstständigkeitsmessung – ATL-18**

Erhebungsdatum: \_\_\_\_\_

**Selbstversorgung:**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
A. Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>						
B. Körperpflege	<input type="checkbox"/>						
C. Baden/Duschen/Waschen	<input type="checkbox"/>						
D. Ankleiden oben	<input type="checkbox"/>						
E. Ankleiden unten	<input type="checkbox"/>						
F. Intimhygiene	<input type="checkbox"/>						

**Kontinenz:**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
G. Blasenkontrolle	<input type="checkbox"/>						
H. Darmkontrolle	<input type="checkbox"/>						

**Transfers:**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
I. Bett/Stuhl/Rollstuhl	<input type="checkbox"/>						
J. Toilettensitz	<input type="checkbox"/>						
K. Dusche/Badewanne	<input type="checkbox"/>						

**Fortbewegung:**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
L. Gehen/Rollstuhl	<input type="checkbox"/>						
M. Treppensteigen	<input type="checkbox"/>						

**Kommunikation:**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
N. Verstehen akustisch/visuell	<input type="checkbox"/>						
O. Ausdruck verbal/nonverbal	<input type="checkbox"/>						

**Kognitive Fähigkeiten:**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
P. Soziales Verhalten	<input type="checkbox"/>						
Q. Problemlösung	<input type="checkbox"/>						
R. Gedächtnis	<input type="checkbox"/>						

Unterschrift Pflege

Unterschrift Arzt

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Seiten
KS	7.2.1 Anmeldung zur geriatrischen Rehabilitation	Bi/St/KS	2 von 12-10	3 von 3