

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



<p><b>Hauptbehandlungsdiagnose</b> (nach OP oder akutem Ereignis bitte Datum angeben):</p>	<p><b>Anmeldung für:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme</p> <p><input type="checkbox"/> Geriatrische Beratung</p> <p>Bisheriger Hilfebedarf:</p> <p>Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 <input type="checkbox"/></p> <p><b>Nachweis zum Pflegegrad bitte mitbringen!</b></p> <p><input type="checkbox"/> Wahlleistung/ Zusatzversicherung?</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Bett-Zimmer</p>
<p><b>Erwähnenswerte Nebendiagnose</b></p>	<p><b>Zustand des Patienten</b></p> <p><b>Nur bei Frakturen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Vollbelastung erlaubt</p> <p><input type="checkbox"/> Teilbelastung mit      kg für      Wochen</p> <p><input type="checkbox"/> Nicht belastbar</p> <p><input type="checkbox"/> Dysphagie (Schluckstörung)</p> <p><input type="checkbox"/> Ernährungssonde ( PEG nasal)</p>
<p><b>Anmeldung durch</b></p> <p><input type="checkbox"/> Klinik:                      Station:</p> <p>Tel.</p> <p>Fax.</p> <p><input type="checkbox"/> Hausarzt/ Facharzt:</p> <p>Tel.</p> <p>Fax.</p>	<p><b>Mobilität</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bettlägerig</p> <p><input type="checkbox"/> Bettkante</p> <p><input type="checkbox"/> Im Zimmer mobil</p> <p><input type="checkbox"/> Schwere Demenz / unruhig</p> <p>Isolationszimmer erforderlich:</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA</p> <p><input type="checkbox"/> andere: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sauerstoffpflicht</p> <p><input type="checkbox"/> Starkes Übergewicht (Gewicht &gt; 120 kg)</p> <p><input type="checkbox"/> Übergröße (Größe &gt; 1,85 m)</p> <p><input type="checkbox"/> Spezielles Antidekubitussystem</p> <p><input type="checkbox"/> (Matratze) erforderlich:</p>
<p>Frühestmöglicher Verlegungszeitpunkt/ Wunschtermin:</p> <p>Rücksprache erwünscht:</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>Angehörige mit Telefon:</p>	<p>Besonderheiten:</p>

**Bitte mit dem Geriatrischen Screening nach Lachs et al. zurück faxen an 0351 – 44 40 2544.**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

### Geriatrisches Screening nach Lachs et al. (1990)

Das Geriatrische Screening nach Lachs beschreibt Störungen, Schwierigkeiten und Risiken. Diese können für die weitere Behandlungsplanung und den weiteren Behandlungsverlauf von Bedeutung sein. Bitte lassen Sie den Patienten kleinere Aufgaben erfüllen und beantworten gemeinsam mit ihm die Fragen. Sollte die Beantwortung der Fragen bzw. Erfüllung der Aufgabe seitens des Patienten nicht möglich sein, dann setzen Sie ein Kreuz und zählen diese am Ende der Tabelle zusammen.

Nr.	Problem	Untersuchung	Auffällig (pathologisch)	X
1	Sehen	Fingerzahl mit Brille in 2 Meter Entfernung erkennen Nahvisus oder Lesen einer Überschrift Frage: <i>Hat sich Ihre Sehfähigkeit in letzter Zeit verschlechtert?</i>	Kein korrektes Erkennen bzw. Lesen möglich oder Antwort JA auf Frage	
2	Hören	Flüstern von Zahlen aus 50 cm Entfernung in das angegebene Ohr, während das andere Ohr zugehalten wird: Linkes Ohr: 6 – 1 – 9 Rechtes Ohr: 2 – 7 – 3	Mehr als eine Zahl wird falsch erkannt	
3.	Arme	1. Beide Hände hinter den Kopf legen lassen 2. Kugelschreiber vom Tisch (oder von der Bettdecke) aufnehmen lassen	Mindestens eine Aufgabe wird nicht gelöst	
4.	Beine	Aufstehen, einige Schritte gehen und wieder hinsetzen lassen	Keine Aufgabe kann selbständig ausgeführt werden	
5.	Blasenkontinenz	Frage: <i>Konnten Sie in letzter Zeit den Urin versehentlich nicht halten?</i>	Antwort JA	
6.	Stuhlkontinenz	Frage: <i>Konnten Sie in letzter Zeit den Stuhl versehentlich nicht halten?</i>	Antwort JA	
7.	Ernährung	Schätzen des Körpergewichts der untersuchten Person	Unter- oder Übergewicht	
8a.	Kognitiver Status	Nennen der folgenden drei Begriffe mit der Aufforderung, diese anschließend zu wiederholen und sich zu merken: Apfel – Pfennig – Tisch		
9.	Aktivität	Fragen: - <i>Können Sie sich selbst anziehen?</i> - <i>Können Sie mindestens eine Treppe steigen?</i> - <i>Können Sie selbst einkaufen gehen?</i>	Mindestens eine NEIN-Antwort	
10.	Depression	Frage: <i>Fühlen Sie sich oft traurig oder niedergeschlagen?</i>	Antwort JA (oder ggf. Eindruck)	
8b.	Kognitiver Status	Frage: <i>Welche Begriffe (8a) haben Sie sich gemerkt?</i>	Einen oder mehrere Begriffe vergessen	
11.	Soziale Unterstützung	Frage: <i>Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen und die Ihnen zu Hause regelmäßig helfen können?</i>	Antwort NEIN	
12.	Allg. Risiko	Frage: <i>Wann waren Sie zum letzten Mal im Krankenhaus?</i>	vor weniger als drei Monaten	
13.		Frage: <i>Sind Sie in den letzten drei Monaten gestürzt?</i>	Antwort JA	
14.		Frage: <i>Nehmen Sie regelmäßig mehr als 5 verschiedene Medikamente?</i>	Antwort JA	
15.		Frage: <i>Leiden Sie häufig unter Schmerzen?</i>	Antwort JA	

<b>Auswertung:</b>	<b>Anzahl auffällige Ergebnisse:</b>	—
--------------------	--------------------------------------	---

**Bitte mit dem Anmeldebogen zurück faxen an 0351 – 44 40 2544.**