

Klinik für Geriatrie und Palliativmedizin

Tel.: 02431/89-2430  
Fax: 02431/89-2284

Bitte das ausgefüllte Formular per FAX senden.

**Patientendaten**

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsstatus:  
 gesetzlich versichert  
 privat versichert  
 1 Bett  2 Bett  
 CA- Behandlung  
 Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Pflegegrad**

nein  beantragt  
 ja:  1  2  3  4  5

**Gesetzliche Betreuung**

nein  ja  
 Name: \_\_\_\_\_

**Bevollmächtigter**

nein  ja  
 Name: \_\_\_\_\_

**Angehörige**

Name: \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_

**Hauptdiagnose/  
relevante Begleiterkrankungen**

\_\_\_\_\_

**Ihr Stempel/  
telefonische Rückspachemöglichkeit**

\_\_\_\_\_

**OP**

Datum: \_\_\_\_\_  
 Bei Frakturen:  Vollbelastung  
 Teilbelastung, \_\_\_\_\_ kg, Dauer: \_\_\_\_\_  
 Keine Belastung Dauer: \_\_\_\_\_

**Barthel Index**

Punkte: \_\_\_\_\_ (bitte als Anlage beifügen!)

**Status vor Erkrankung**

Wohnsituation  
 Selbstständig/eigene Wohnung  Betreutes Wohnen  Seniorenwohnheim  
 Mobilität  
 bettlägrig  mit Begleitung  nur mit Hilfsmittel  eigenständig

**Sonstiges**

DK  SPDK  PEG  Nasogastrale Sonde  Stoma/Tracheostoma

**Isolationspflichtige Erkrankungen (z. B. MRSA, 3 MRGN, 4MRGN, VRE, SARS-CoV2)**

nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

**Gewünschtes Verlegungsdatum:**

\_\_\_\_\_

Der Barthel-Index dient der **Bewertung von Alltagsfunktionen** nach Punkten. Für jede der 10 zu bewertenden Alltagsfunktionen gibt es eine Tabelle, in der 2, 3 oder 4 Bewertungsmöglichkeiten und deren jeweilige Punktzahl angegeben sind.

**Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt 100 Punkte.**

Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen.

Sollten (z. B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.

<b>01. Essen</b>		
	komplett selbständig oder selbständige PEG1-Beschickung/-Versorgung	<b>10</b>
	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung	<b>5</b>
	kein selbständiges Einnehmen und keine MS2/PEG1- Ernährung	<b>0</b>
<b>02. Aufsetzen und Umsetzen</b>		
	komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück	<b>15</b>
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	<b>10</b>
	erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	<b>5</b>
	wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	<b>0</b>
<b>03. Sich waschen</b>		
	vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	<b>5</b>
	erfüllt „5“ nicht	<b>0</b>
<b>04. Toilettenbenutzung</b>		
	vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	<b>10</b>
	vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	<b>5</b>
	benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	<b>0</b>
<b>05. Baden / Duschen</b>		
	selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und Abtrocknen	<b>5</b>
	erfüllt „5“ nicht	<b>0</b>
<b>06. Aufstehen und Gehen</b>		
	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen	<b>15</b>
	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen	<b>10</b>
	mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	<b>5</b>
	erfüllt „5“ nicht	<b>0</b>
<b>07. Treppensteigen</b>		
	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen	<b>10</b>
	mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	<b>5</b>
	erfüllt „5“ nicht	<b>0</b>
<b>08. An- und Auskleiden</b>		
	zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z. B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus	<b>10</b>
	kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	<b>5</b>
	erfüllt „5“ nicht	<b>0</b>

<b>09. Stuhlinkontinenz</b>		
	ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	<b>10</b>
	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / Anus-praeter(AP)-Versorgung	<b>5</b>
	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	<b>0</b>
<b>10. Harninkontinenz</b>		
	ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	<b>10</b>
	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	<b>5</b>
	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	<b>0</b>
		<b>Erreichte Gesamtpunktzahl:</b>

**Barthel-Index:**

0-35 Punkte = gültiger Kontextfaktor zur stationären Durchführung einer ambulanten Leistung gemäß §115 b SGB V