



## Anmeldung/ Anfrage zur geriatrischen stationären Behandlung (GKT)

### Klinik für Geriatrie

Chefärztin Dr. med. U. Buchwald  
Tel.: 06241/501-4702  
Fax: 06241/501-4799  
Geriatric@klinikum-worms.de

#### Patientendaten: (ggf. Aufkleber)

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Übernahme möglich ab:

#### Hauptdiagnosen:

#### Behandlungsziel:

**Belastbarkeit der Fraktur:** Entlastung  Teilbelastung bis \_\_\_\_\_

**Orientierungsstörung:** keine  leichtgradig  deutlich

**Bisherige Versorgungssituation:** Selbstversorger  mit Angehörigen  Pflegeheim

Bisherige Mobilität: frei  mit HiMi  in der Wohnung  bettlägerig

Resistente Keime z. B. MRSA  \_\_\_\_\_

<b>Barthel-Index</b> Bitte markieren	Selbstständig	wenig Hilfe	viel Hilfe	unmöglich		Selbstständig	Hilfsbedürftig	<b>Barthel-Summe</b>
Nahrungsaufnahme	10	5		0	Körperpflege	5	0	
Toilettenbenutzung	10	5		0	Duschen/Bad	5	0	
Ankleiden	10	5		0		<b>kontinent</b>	<b>teilweise</b>	<b>Inkontinent</b>
Transfer Bett-Stuhl	10	10	5	0	Stuhlgang	10	≤ 1x/Wo: 5	0
Aufstehen / Gehen	10	10	5	0	Urin	10	≤ 1x/Tg: 5	0
Treppensteigen	10	5		0				

**Ggfs. bitte auch entsprechende Vorbefunde faxen. Danke!**

Name des für Rückfragen zuständigen Arztes

Telefonnummer

Anmeldung per FAX an 0 62 41 / 501 4799 oder per Mail an:  
geriatric@klinikum-worms.de