



# MARIENKRANKENHAUS VORAU

Medizinische Abteilung - Prim. Dr. Martin Haid

Department für Akutgeriatrie/Remobilisation – Leitung OA Dr. Margareta Klamminger-Sommersguter  
8250 Vorau Spitalstrasse 101 Tel. 03337/2254-487 Fax: DW 457 [REM@marienkrankenhaus.at](mailto:REM@marienkrankenhaus.at)

## Fax-Anmeldung für Akutgeriatrie/Remobilisation: 03337 2254 457

**Absender:** \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_  
(KH/Abteilung, Ordination)

Arzt-Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Patientendaten:**  SoKI  
Name: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_  
(Patientenetikett)

**Hauptdiagnose:** (Akuterkrankung die zur derzeitigen Funktionseinschränkung geführt hat)

relevante weitere Diagnosen: \_\_\_\_\_

### Situation vor Akuterkrankung:

Mobilität:  voll  teilweise  mit Hilfsperson  immobil  
Betreuung:  keine nötig  teilweise nötig  voll abhängig

### Situation derzeit:

orientiert  teilweise verwirrt  stark verwirrt  unruhig  Demenz

### Barthel Index:

1 Essen und Trinken	Nicht möglich <input type="checkbox"/> 0 Mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 5 Selbständig <input type="checkbox"/> 10	6a wenn Pkt. 6 mit "nicht möglich" bewertet: Fortbewegung mit Rollstuhl auf ebenem Untergrund	Nicht möglich <input type="checkbox"/> 0 Mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 5 Selbständig <input type="checkbox"/> 10
2 Umsteigen von Rollstuhl ins Bett und umgekehrt; wenn kein Rollstuhl benötigt wird: Aufsitzen im Bett	Nicht möglich <input type="checkbox"/> 0 Mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 5 Selbständig <input type="checkbox"/> 15	7 Treppen auf-/ absteigen	Nicht möglich <input type="checkbox"/> 0 Mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 5 Selbständig <input type="checkbox"/> 10
3 Persönliche Pflege (Gesicht waschen, kämmen, rasieren, Zähne putzen)	Nicht möglich <input type="checkbox"/> 0 Mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 0 Selbständig <input type="checkbox"/> 5	8 An-/ Ausziehen (einschl. Schuhe binden und Knöpfe schließen)	Nicht möglich <input type="checkbox"/> 0 Mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 5 Selbständig <input type="checkbox"/> 10
4 Benutzung der Toilette (An- u. Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)	Nicht möglich <input type="checkbox"/> 0 Mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 5 Selbständig <input type="checkbox"/> 10	9 Stuhlkontrolle	Nicht möglich <input type="checkbox"/> 0 Mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 5 Selbständig <input type="checkbox"/> 10
5 Baden / Duschen	Nicht möglich <input type="checkbox"/> 0 Mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 0 Selbständig <input type="checkbox"/> 5	10 Harnkontrolle	Nicht möglich <input type="checkbox"/> 0 Mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 5 Selbständig <input type="checkbox"/> 10
6 Gehen auf ebenem Untergrund	Nicht möglich <input type="checkbox"/> 0 Mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 10 Selbständig <input type="checkbox"/> 15	SUMME: _____	

Wir danken für Ihre Mühe und melden uns in jedem Fall bezüglich einer Terminvergabe!

Formular-Download: [www.marienkrankenhaus.at](http://www.marienkrankenhaus.at)