

„Fragebogen Aufnahme“ -> Zur Vorlage an den behandelnden Arzt

Bitte *NUR* vom behandelnden Arzt / Ärztin ausfüllen lassen!

Pat.-Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____

Diagnosen:

- Parkinson Syndrom
- Atypische Parkinson Syndrome wie Multisystematrophie (MSA), Progressive supranukleäre Blickparese (PSP) oder kortikobasale Degeneration (CBD):

- Restless legs Syndrom (RLS): _____
- resistente Keime: z. Bsp. MRSA, Salmonellen, etc.: _____

Grund der stationären Behandlung:

Die neurologische Erkrankung kann ambulant nicht mehr ausreichend behandelt werden aufgrund von:

- Dyskinesien
- Wirkfluktuationen
- Psychose
- Dementielles Syndrom
- Weglauftendenz
- Aggressivität
- Halluzinationen / illusionäre Verkennungen / Verwirrheitszustände etc.
- Deutliche Verschlechterung der Beweglichkeit
- Notwendigkeit weiterer stationärer Differentialdiagnostik bei Parkinson-Syndrom oder anderen Bewegungsstörungen
- Einstellung der Medikation / Neueinstellung

Bemerkungen: _____

Hat der Patient / die Patientin einen Hirnschrittmacher?

(Tiefe Hirnstimulation)

- Ja
- Nein

⇒ Wenn ja, von welcher Firma?

- Medtronic
- St. Jude Medical
- Boston Scientific

Hat der Patient / die Patientin eine Pumpe?

- Ja nein
- Apomorphin-Pumpe
- Duodopa-Pumpe

⇒ Wenn ja, von welcher Firma?

Ist der Patient / die Patientin auf Hilfsmittel angewiesen?

• **Hilfsmittel**

- Keine Hilfsmittel
- Gehhilfen / Stöcke Rollator
- Rollstuhl Elektro-Rollstuhl

Liegen bei dem Patienten / der Patientin Einschränkungen vor?

• **Einschränkungen**

- Bewegungseinschränkungen (z. B. Lähmungen)
- Blasenkatheter
- Stoma
- Dekubiti / Wunden z. B. Ulcus curis
- Magensonde (PEG)
- Herzschrittmacher

Benötigung von Hilfe (Barthel-Index):

Tätigkeit		Hier ankreuzen:
1) Essen		
selbstständig, benutzt selbst Geschirr und Besteck	10	
braucht etwas Hilfe, z.B. beim Schneiden	5	

Total hilfsbedürftig	0	
2) Baden		
Badet oder duscht ohne Hilfe	5	
Badet oder duscht mit Hilfe	0	
3) Waschen		
Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne	5	
Braucht Hilfe	0	
4) An- und Auskleiden		
selbstständig, inkl. Schuhe anziehen	10	
Teilweise auf Hilfe angewiesen, zum Bsp. beim An- und Auskleiden	5	
Total hilfsbedürftig	0	
5) Stuhlkontrolle		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	
Inkontinent	0	
6) Urinkontrolle		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	
7) Toilettenbenutzung		
Selbstständig bei Benutzung der Toilette/des Nachtstuhls	10	
Braucht Hilfe für z.B. Gleichgewicht, Kleidung aus-/anziehen, Toilettenpapier	5	
Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl und braucht komplette Hilfe	0	
8) Bett-/(Roll-)Stuhltransfer		
selbstständig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	15	
Minimale Hilfestellungen durch die Pflege	10	
Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe	5	
Bettlägerig	0	
9) Bewegung		
Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) für mindestens 50 m	15	
Mindestens 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung	10	
<i>Für Rollstuhlfahrer: unabhängig für mindestens 50 m</i>	5	
Kann sich nicht mindestens 50 m fortbewegen	0	
10) Treppensteigen		
Unabhängig (auch mit Gehhilfe)	10	
Braucht Hilfe	5	
Kann nicht Treppensteigen	0	

Telefon-Nr. des behandelnden Arztes / Ärztin (für Rückfragen): _____

Datum, Unterschrift des beh. Arztes

Stempel des beh. Arztes