

**„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
- Einstellung der Medikation / Neueinstellung
- Demenz

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**

- |  |             |
|--|-------------|
| <input type="radio"/> Keine Hilfsmittel  | Rollator    |
| <input type="radio"/> Gehhilfen / Stöcke | E-Rollstuhl |
| <input type="radio"/> Rollstuhl          | E-Scooter   |

**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:
<b>1) Essen</b>		
selbstständig, benutzt selbst Geschirr und Besteck	10	
braucht etwas Hilfe, z.B. beim Schneiden	5	
Total hilfsbedürftig	0	

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