

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kranken-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
1		1
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
1		1

Dokumentation

hausärztliches geriatrisches Basis Assessment

Ziffer 03360 2x im Krankheitsfall (4 Quartale)

Testdatum: _____

A) Funktionseinschränkungen (nach Arzteinschätzung)

1. motorische Funktionseinschränkungen: Gangbild	<input type="radio"/> sicher	<input type="radio"/> unsicher	<input type="radio"/> braucht Hilfsmittel
2. emotionale/ psychische (seelische) Funktionseinschränkungen: Depressiv	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	
3. kognitive Funktionseinschränkungen	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> v.a. kognitive Defizite	
4. Pflegestufe	<input type="radio"/> nicht sinnvoll	<input type="radio"/> sinnvoll	
5. Durchführung einzelner Aktivitäten (z.B. Körperpflege)	<input type="radio"/> selbst	<input type="radio"/> mit Anleitung	<input type="radio"/> Übernahme durch Pflege

B) Barthel Index - Selbstversorgungsfähigkeiten -

Essen	Unabhängig, selbständig mit Geschirr und Besteck	<input type="radio"/> 10
	Braucht etwas Hilfe, z.B. um Fleisch und Brot zu schneiden	<input type="radio"/> 5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="radio"/> 0
Bett- (Roll-) Stuhltransfer	Unabhängig	<input type="radio"/> 15
	Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich	<input type="radio"/> 10
	Erhebliche Hilfe bei Transfer, aber Lagewechsel vom Liegen zum Sitzen selbst nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.	<input type="radio"/> 5
Waschen	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen	<input type="radio"/> 5
	Nicht selbständig	<input type="radio"/> 0
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeiten incl. Reinigung	<input type="radio"/> 10
	Braucht Hilfe, z.B. wegen Gleichgewichtsstörung, bei der Kleidung oder der Reinigung	<input type="radio"/> 5
	Nicht selbständig	<input type="radio"/> 0
Baden	Unabhängig bei Voll- und Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="radio"/> 5
	Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="radio"/> 0
Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen 50 m ggf. mit Hilfsmitteln (falls nur mit Gehwagen: 10 Punkte)	<input type="radio"/> 15
	Geringe Hilfen oder Überwachung nötig, kann 50 m gehen ggf. mit Hilfsmitteln	<input type="radio"/> 10
	Nicht selbständig beim Gehen, kann Rollstuhl selbst bedienen, mind. 50 m auch um Ecken	<input type="radio"/> 5
	Nicht selbständig bei Gehen oder Rollstuhlfahren, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="radio"/> 0
Treppensteigen	Unabhängig beim Treppensteigen (schafft mehrere Stufen)	<input type="radio"/> 10
	Braucht Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	<input type="radio"/> 5
	Nicht selbständig, auch mit Hilfe ist kein Treppensteigen möglich	<input type="radio"/> 0
An- und Auskleiden	Unabhängig (ggf. auch Korsett oder Bruchband)	<input type="radio"/> 10
	Braucht Hilfe, kann aber 50 % ohne Hilfe durchführen	<input type="radio"/> 5
	Nicht selbständig	<input type="radio"/> 0
Stuhlkontrolle	Ständig kontinent	<input type="radio"/> 10
	gelegentlich stuhlinkontinent, max. 1x Woche	<input type="radio"/> 5
	Häufiger oder ständig stuhlinkontinent	<input type="radio"/> 0
Urinkontrolle	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung mit OK	<input type="radio"/> 10
	Gelegentlich inkontinent, max. 1x Tag oder Hilfe bei externer Harnableitung	<input type="radio"/> 5
	Häufiger/ ständig inkontinent	<input type="radio"/> 0

Ergebnis: ____ Punkte von 100

C) Timed up and go-Test Mobilität und Sturzgefahr

Patient soll vom Stuhl aufstehen, 3 Meter gehen, sich umdrehen und wieder hinsetzen.

Mobilität ausreichend sicher		<input type="radio"/> bis 10 Sek.
Mobilität vermutlich eingeschränkt/ Abklärungsbedarf	Sturzgefahr ?	<input type="radio"/> 10 - 30 Sek.
Mobilität erheblich eingeschränkt	Sturzgefahr !	<input type="radio"/> über 30 Sek.