



Anmeldung an der Akutgeriatrie und Remobilisation – Gesundheit Burgenland

| | | | | | |
|----------------|--|---------------------------------------|----------------|--|---------------------------------------|
| Kittsee | <input type="checkbox"/> stationär | <input type="checkbox"/> allg. Klasse | Güssing | <input type="checkbox"/> stationär | <input type="checkbox"/> allg. Klasse |
| | <input type="checkbox"/> tagesklinisch | <input type="checkbox"/> Sonderklasse | | <input type="checkbox"/> tagesklinisch | <input type="checkbox"/> Sonderklasse |

Anmeldung durch

| | | | |
|---|--|---------------------|--|
| Zuweiser*in (Spital, Abteilung bzw. niedergelassene*r Ärztin/Arzt) | | | |
| Kontakt Medizin | | Telefon + DW | |
| Kontakt <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Entlassungsmanagement | | Telefon + DW | |
| Wunschtermin Aufnahme | | | |

Stammdatensblatt – oder Patientenetikette

| | | | | |
|------------------|--|------------------|--|--|
| Nachname | | Vorname | | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d |
| Straße, Nr. | | PLZ | | Ort |
| Geb. Dat. | | Vers. Nr. | | Versicherung |
| Tel.-Nr. | | E-mail | | Vertrauensarzt |

Bezugs-/Kontaktperson

| | | | | |
|-----------------|--|----------------|--|--|
| Nachname | | Vorname | | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d |
| Straße, Nr. | | PLZ | | Ort |
| Tel.-Nr. | | E-mail | | |

Informationen zur Aufnahme

| | | | |
|---|--|---|--|
| Aufnahmegrund (stattgefundene OP) | | OP-Datum | |
| Übernahme möglich ab | | Begleiterkrankungen (bitte Medikationsliste beilegen, falls vorhanden) | |
| | | | |

Remobilisationsziel:

Situation vor der Aufnahme

| | | | | | |
|------------------|--|---|------------------|---|--|
| Betreuung | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> 24h Pflege | Mobilität | <input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> mit _____ Person/en |
| | <input type="checkbox"/> Familie/Bekannte | <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen | | <input type="checkbox"/> mit Rollator | <input type="checkbox"/> sonst: |
| | <input type="checkbox"/> Heimhilfe _____ (Intervall) | <input type="checkbox"/> Pflegeheim | | <input type="checkbox"/> mit Krücken | |
| | <input type="checkbox"/> HKP _____ (Intervall) | | | | |

Derzeitige Situation

| | | | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Größe | | Gewicht | | Reha / Kurzzeitpflege / Pflegeheim beantragt | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab: _____ |
| Neurologische Störung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Dysphagie | <input type="checkbox"/> Dysarthrie | <input type="checkbox"/> Neglect | <input type="checkbox"/> Pusher |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Ulcus <input type="checkbox"/> Wunde | Größe: | | Lokalisation: | | |

| | | | | | |
|-----------------------|--|---|--|--|---|
| Mobilität | Gehstrecke: _____ m <input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Krücken | <input type="checkbox"/> mit _____ Person/en <input type="checkbox"/> sonst: <input type="checkbox"/> Betruhe bis: | Belastung nach OP | <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise bis _____ kg, voll belasten ab Datum: | |
| Motivation | <input type="checkbox"/> ausgeprägt <input type="checkbox"/> motivierbar <input type="checkbox"/> vermindert | Waschen/ Kleiden | <input type="checkbox"/> selbstst. <input type="checkbox"/> mit Hilfe | Harn <input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> DK/Stoma | Sehen <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> blind |
| Demenz bekannt | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, MMSE: | Orientierung | <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise | Stuhl <input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> Stoma | Hören <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> taub |
| Ernährung | <input type="checkbox"/> selbstst. <input type="checkbox"/> mit Hilfe | <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> per Sonde | <input type="checkbox"/> Isolierpflicht | Infektionsrisiko <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> C. diff. <input type="checkbox"/> sonst: |

Barthel-Index

| | Punkte | |
|---|-----------------------------|--|
| 1. Essen | | |
| Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck | <input type="checkbox"/> 10 | |
| Braucht Hilfe z.B. beim Schneiden | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Unselbstständig | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 2. Baden | | |
| Badet oder duscht ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Badet oder duscht mit Hilfe | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 3. Waschen | | |
| Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert sich, Zahnpflege | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 4. An- und Auskleiden | | |
| Unabhängig inkl. Schuhe anziehen | <input type="checkbox"/> 10 | |
| Benötigte Hilfe, kleidet sich teilweise selbst an/aus | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Unselbstständig | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 5. Stuhlkontrolle | | |
| Kontinent | <input type="checkbox"/> 10 | |
| Teilweise inkontinent | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Inkontinent | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 6. Urinkontrolle | | |
| Kontinent | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Teilweise inkontinent | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 7. Toilettenbenutzung | | |
| Unabhängig/selbstständig | <input type="checkbox"/> 10 | |
| Braucht Hilfe z.B. wegen Ungleichgewicht, Toilettenpapier reichen, Kleidung an- und ausziehen | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Kann nicht zur Toilette/auf den Leibstuhl | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 8. Bett-(Roll-)Stuhltransfer | | |
| Unabhängig (auch für Rollstuhlfahrer) | <input type="checkbox"/> 15 | |
| Minimale Assistenz/Motivation zur Selbstständigkeit | <input type="checkbox"/> 10 | |
| Kann sitzen, braucht jedoch für den Transfer Hilfe | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Unselbstständig/Bettlägerig | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 9. Bewegung | | |
| Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) mind. 50m | <input type="checkbox"/> 15 | |
| Gehen mit Unterstützung mind. 50m | <input type="checkbox"/> 10 | |
| Rollstuhlfahrer: unabhängig mind. 50m | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Kann sich nicht fortbewegen/unselbstständig | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 10. Treppensteigen | | |
| Unabhängig (auch mit Gehhilfe) | <input type="checkbox"/> 10 | |
| Braucht Hilfe oder Assistenz/Motivation/Begleitung | <input type="checkbox"/> 5 | |
| Kann nicht Treppensteigen/unselbstständig | <input type="checkbox"/> 0 | |
| Gesamtpunktezahl: | | |

Ort, Datum

Unterschrift der zuweisenden Ärztin/
des zuweisenden Arztes

Es wird um telefonische Absage von Patientinnen und Patienten mit zugesagtem Aufnahmetermin ersucht, falls der Platz doch nicht benötigt werden sollte. BEI FEHLENDEM REHABILITATIONSPOTENTIAL IST DIE/ DER PAT. VOM ZUWEISER ZURÜCK ZU NEHMEN!

Seite 2 von 2