

Anmeldung an der Akutgeriatrie und Remobilisation - KRAGES

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			

Stammdatenblatt – 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"/> _____
<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"/> Bettruhe 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

1. Essen	Punkte	
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	
Gesamtpunktzahl:		

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!