



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:	
Häusliche Situation/Versorgung nach dem AG/R-Aufenthalt geklärt			<input type="checkbox"/> Wenn ja, wie: _____ <input type="checkbox"/> Nein: _____	Arztbrief vorhanden*: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wurde ein Antrag auf Pflegegeld gestellt			<input type="checkbox"/> Wenn ja, aktuelle Pflegegeldstufe: _____ <input type="checkbox"/> Nein	Aktuelles Labor vorhanden*: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

*Um die medizinische Versorgung besser einschätzen zu können, benötigen wir den letzten Arztbrief sowie die neuesten Laborergebnisse der betroffenen Person. Diese Dokumente helfen uns, den Gesundheitszustand und die erforderlichen Maßnahmen zu bewerten.

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	
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!

Seite 2 von 2