

Anmeldung an der Akutgeriatrie und Remobilisation – Franziskus Spital

Landstraße	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> allg. Klasse	Margareten	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> allg. Klasse
	<input type="checkbox"/> tagesklinisch	<input type="checkbox"/> Sonderklasse <input type="checkbox"/> 1 Bett Zimmer			<input type="checkbox"/> Sonderklasse

Anmeldung durch

Zuweiser*in/ Spital, Abteilung					
Kontakt Medizin				Telefon + DW	
Kontakt <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Entlassungsman.				Telefon + DW	

Stammdatensblatt – oder Patientenetikette

Nachname				Vorname			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Straße				PLZ		Ort	
Geb. Dat.			Vers. Nr.			Versicherung	

Informationen zur Aufnahme

Aufnahmegrund (stattgehabte 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	<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen		<input type="checkbox"/> mit Rollator	
	<input type="checkbox"/> Heimhilfe _____ (Intervall)	<input type="checkbox"/> Pflegeheim		<input type="checkbox"/> mit Krücken	<input type="checkbox"/> sonst:

derzeitige Situation

Größe		Gewicht		Reha/ Kurzzeitpflege/ Pflegeheim beantragt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab:	
Mobilität	Gehstrecke: _____ m	<input type="checkbox"/> mit ___ Person/en	Kooperation	Belastung nach OP	<input type="checkbox"/> vollständig	Sehen
	<input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> sonst:			<input type="checkbox"/> teilweise bis _____ kg,	
Motivation	<input type="checkbox"/> ausgeprägt	Orientierung	<input type="checkbox"/> vollständig	Harn	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
	<input type="checkbox"/> motivierbar		<input type="checkbox"/> teilweise		<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> blind
Demenz bekannt	<input type="checkbox"/> nein	Stuhl	<input type="checkbox"/> vollständig	Hören	<input type="checkbox"/> kontinent	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> ja, MMSE:		<input type="checkbox"/> teilweise		<input type="checkbox"/> inkontinent	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Ernährung	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> parenteral	<input type="checkbox"/> Isolierpflicht	Infektionsrisiko	<input type="checkbox"/> ESBL	<input type="checkbox"/> C. diff.
	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> per Sonde			<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> sonst:
<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Ulcus <input type="checkbox"/> Wunde			Größe:	Lokalisation:		

Es wird um telefonische Absage von 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!