

## Anmeldung an der Akutgeriatrie und Remobilisation – Franziskus Spital

<b>Landstraße</b>	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> allg. Klasse <input type="checkbox"/> Sonderklasse	<b>Margareten</b>	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> allg. Klasse <input type="checkbox"/> Sonderklasse
	<input type="checkbox"/> tagesklinisch	<input type="checkbox"/> 1 Bett Zimmer		Tagesklinik weiterhin bei Dr. Knoll: 01/ 546 05 – 3400	

### Anmeldung durch

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

### Stammdatenblatt – oder Patientenetikette

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

### Informationen zur Aufnahme

<b>Aufnahmegrund</b> (stattgehabte OP)			<b>OP Datum</b>		
<b>Übernahme</b> möglich ab		<b>Begleiterkrankungen</b> (bitte Medikationsliste beilegen, falls vorhanden)			

### Remobilisationsziel:

\_\_\_\_\_

### Situation vor der Aufnahme

<b>Betreuung</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> 24h Pflege	<b>Mobilität</b>	<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

<b>Größe</b>		<b>Gewicht</b>		<b>Reha/ Kurzzeitpflege/ Pflegeheim beantragt</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab:
<b>Mobilität</b>	<b>Gehstrecke:</b> _____ m	<input type="checkbox"/> mit ___ Person/en	<b>Belastung nach OP</b>	<input type="checkbox"/> vollständig	voll belasten ab Datum:
	<input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> sonst:		<input type="checkbox"/> teilweise bis _____ kg,	
	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Krücken	<input type="checkbox"/> <b>Betruhe</b> bis:			
<b>Motivation</b>	<input type="checkbox"/> ausgeprägt <input type="checkbox"/> motivierbar	<b>Kooperation</b>	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise	<b>Harn</b>	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> DK
<b>Demenz bekannt</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, MMSE:	<b>Orientierung</b>	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise	<b>Stuhl</b>	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> Stoma
<b>Ernährung</b>	<input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> per Sonde	<input type="checkbox"/> <b>Isolierpflicht</b>	<b>Infektionsrisiko</b>	<input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> C. diff. <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> sonst:	
<input type="checkbox"/> <b>Dekubitus</b> <input type="checkbox"/> <b>Ulcus</b> <input type="checkbox"/> <b>Wunde</b>			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!**