

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"/> Sonderklasse
		<input type="checkbox"/> 1 Bett Zimmer			

Anmeldung durch

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

Stammdatenblatt – oder Patientenetikette

Nachname				Vorname			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Straße			PLZ		Ort		
Telefon				E-Mail			
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	Belastung nach OP	<input type="checkbox"/> vollständig		
	<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"/> Bettruhe bis:			voll belasten ab Datum:		
Motivation	<input type="checkbox"/> ausgeprägt <input type="checkbox"/> motivierbar	Kooperation	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise	Harn	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> DK	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"/> alleine <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> per Sonde	<input type="checkbox"/> Isolierpflicht		Infektionsrisiko	<input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> C. diff. <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 Patient*innen mit zugesagtem Aufnahmetermin ersucht, falls der Platz doch nicht benötigt werden sollte. BEI FEHLENDEM REHABILITATIONSPOTENTIAL IST DIE/ DER PAT. VOM ZUWEISER ZURÜCK ZU NEHMEN!