

## Anmeldung an der Akutgeriatrie und Remobilisation

<b>Landstraße</b>	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> allg. Klasse	<b>Margareten</b>	<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

<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 Patient\*innen-Etikette

<b>Nachname</b>		<b>Vorname</b>		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
<b>Straße</b>		<b>PLZ</b>		<b>Ort</b>
<b>Telefon</b>		<b>E-Mail</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"/> Familie <input type="checkbox"/> Heimhilfe _____ (Intervall)	<input type="checkbox"/> 24h Pflege <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflegeheim	<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel <input type="checkbox"/> mit Rollator <input type="checkbox"/> mit Krücken	<input type="checkbox"/> mit ___ Person/en <input type="checkbox"/> sonst: <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"/> 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:		<b>Belastung nach OP</b>	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise bis _____ kg, voll belasten ab Datum:
<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"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> per Sonde	<input type="checkbox"/> Isolierpflicht	<b>Infektionsrisiko</b>	<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:	



Haben Sie in diesem Kalenderjahr schon eine Akutgeriatrie in Anspruch genommen?  
Falls JA, wo?

**Einschlusskriterien (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

	ja	nein
> 65 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drohende oder neu eingetretene Einschränkung der Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
realistische Perspektive auf Erlangung der Selbstständigkeit im Alltag innerhalb von 3 Wochen nach AGR Übernahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Entlassung in die vorbestehende Wohnsituation muss gewährleistet sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausschlusskriterien AGR (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

	ja	nein
aktive Infektionserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terminale Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immobilität, fehlendes Remobilisationspotenzial sowie Erkrankungen, die das Rehab-potenzial einschränken (z. B. akuter Myokardinfarkt, Lungenembolie, akuter Insult ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhter Pflegebedarf ist auch nach 3 Wochen zu erwarten (Patient*in bereits für Pflegeheim, Kurzzeitpflege, Übergangspflege angemeldet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VAC-Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
laufendes extrakorporales Verfahren, Strahlentherapie oder Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorbestehende Demenz, akutes Delir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwere/akute psychiatrische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Disclaimer**

Wir möchten höflich darauf hinweisen, dass wir uns vorbehalten, Patient\*innen, die den oben genannten Kriterien nicht entsprechen, umgehend an Ihre geschätzte Abteilung rückzutransferieren.