

Anmeldung an der Akutgeriatrie und Remobilisation

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

Stammdatenblatt – oder Patient*innen-Etikette

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"/> sonst:
	<input type="checkbox"/> Heimhilfe _____ (Intervall)	<input type="checkbox"/> Pflegeheim		<input type="checkbox"/> mit Krücken	

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	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"/> Bettruhe bis:				
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"/> 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:
<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 Selbständigkeit	<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.