



## Anmeldung an der Akutgeriatrie und Remobilisation – Franziskus Spital

<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	Tagesklinik weiterhin bei Dr. Knoll: 01/ 546 05 – 3400

### Anmeldung durch

<b>ZuweiserIn/ 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 (cm)</b>		<b>Gewicht (kg)</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		
	<input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> sonst:	<input type="checkbox"/> <b>Betruhe</b> bis:		<input type="checkbox"/> teilweise bis _____ kg,		
<b>Motivation</b>	<input type="checkbox"/> ausgeprägt	<b>Kooperation</b>	<input type="checkbox"/> vollständig	<b>Harn</b>	<input type="checkbox"/> kontinent	<b>Sehen</b>	<input type="checkbox"/> normal
<input type="checkbox"/> motivierbar			<input type="checkbox"/> teilweise		<input type="checkbox"/> inkontinent		<input type="checkbox"/> eingeschränkt
<b>Demenz bekannt</b>	<input type="checkbox"/> nein	<b>Orientierung</b>	<input type="checkbox"/> vollständig	<b>Stuhl</b>	<input type="checkbox"/> kontinent	<b>Hören</b>	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> ja, MMSE:		<input type="checkbox"/> teilweise		<input type="checkbox"/> inkontinent		<input type="checkbox"/> eingeschränkt
<b>Ernährung</b>	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> parenteral	<input type="checkbox"/> <b>Isolierpflicht</b>	<b>Infektionsrisiko</b>	<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"/> <b>Dekubitus</b> <input type="checkbox"/> <b>Ulcus</b> <input type="checkbox"/> <b>Wunde</b>				Größe:	Lokalisation:		

**BEI FEHLENDEM REHABILITATIONSPOTENTIAL IST DIE/ DER PAT. VOM ZUWEISER ZURÜCK ZU NEHMEN!**