

ANMELDUNG

Datum: _____

PATIENTEN-DATEN (Blockschrift oder Etikette)

Familienname: _____

Vorname: _____

PLZ, Ort: _____

Straße, Hausnr.: _____

SVNr.: _____ TelefonNr.: _____

Allg. Klasse SKL
Hausarzt (Name, Telefon) _____

Bezugsperson Sachwalter

Name: _____
Adresse: _____
Telefonnr.: _____

Diagnosen der Akuterkrankungen

OP-Datum: _____

Derzeitige Situation des Patienten

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Komplikationen	Sehen
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbeeinträchtigt
<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigt
<input type="checkbox"/> Kontrakturen	
<input type="checkbox"/> Sonstige	Gehör
	<input type="checkbox"/> Unbeeinträchtigt
Sonde/Stoma	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigt
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	Orientierung zu Ort und Situation
<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Vollständig gegeben
<input type="checkbox"/> Colostoma	<input type="checkbox"/> Zeitweise gestört
Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Tagelang wesentlich gestört
<input type="checkbox"/> Transurethral	
<input type="checkbox"/> Suprapubisch	Verhalten
	<input type="checkbox"/> Ruhig
Neurophysiologische Störungen	<input type="checkbox"/> Unruhig
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unruhig, vor allem nachts
<input type="checkbox"/> Hemiplegie/-parese	Mitwirkung bei Therapie u. Pflege
<input type="checkbox"/> Aphasie	<input type="checkbox"/> Entwickelt Eigeninitiative
<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Aktiv bei Aufforderung
	<input type="checkbox"/> Passiv
Bereits mobilisiert	<input type="checkbox"/> Unwillig
<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel	Cardio-pulmonale Belastbarkeit
<input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Keine Einschränkung
<input type="checkbox"/> Wegstrecke.....	<input type="checkbox"/> Leichte Einschränkung
	<input type="checkbox"/> Wesentliche Einschränkung
Belastbarkeit der Fraktur kg

Wunschtermin Aufnahme AG/REM:

Absender
(Stempel)

Fax

Telefon.....

zuständiger Arzt:.....
(Name in Blockschrift)

Situation vor Aufnahme in Akutbehandlung

Mobilität:

selbständig
 mit Hilfsmittel (.....)
 immobil
 betreutes Wohnen

Betreuung:

unabhängig
 abhängig

Motivation:

gegeben nicht gegeben

Barthel-Index (ADL): Punktezahl:

Essen	Toilette
<input type="checkbox"/> 10 Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/> 10 Unabhängig
<input type="checkbox"/> 05 Benötigt Hilfe, z.B. beim Schneiden	<input type="checkbox"/> 05 Braucht tw. Hilfe
<input type="checkbox"/> 00 Völlig hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> 00 Kann Toilette nicht benutzen
Waschen und Körperpflege	Bett-/Stuhltransfer
<input type="checkbox"/> 05 Selbständig	<input type="checkbox"/> 15 Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)
<input type="checkbox"/> 00 Benötigt Hilfe	<input type="checkbox"/> 10 Minimale Assistenz/ Supervision erforderlich
Baden und Duschen	<input type="checkbox"/> 05 Kann sitzen, braucht aber Hilfe beim Transfer
<input type="checkbox"/> 05 Unabhängig bei Voll- u. Duschbad	<input type="checkbox"/> 00 Bettlägrig
<input type="checkbox"/> 00 Nicht selbständig	Bewegung
Ankleiden	<input type="checkbox"/> 15 Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe), mind. 50 m
<input type="checkbox"/> 10 Völlig unabhängig	<input type="checkbox"/> 10 Gehen m. Unterstützung mind. 50 m
<input type="checkbox"/> 05 Benötigt teilweise Hilfe	<input type="checkbox"/> 05 Für Rollstuhlfahrer: Unabhängig für mind. 50 m
<input type="checkbox"/> 00 Völlig hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> 00 Kann sich nicht selbstständig fortbewegen (Gehen oder Rollstuhl)
Stuhlkontrolle	Treppensteigen
<input type="checkbox"/> 10 Kontinent	<input type="checkbox"/> 10 Unabhängig (auch mit Gehilfe)
<input type="checkbox"/> 05 Teilweise inkontinent	<input type="checkbox"/> 05 Braucht Hilfe oder Supervision
<input type="checkbox"/> 00 Inkontinent	<input type="checkbox"/> 00 Kann nicht Treppensteigen
Harnkontrolle	
<input type="checkbox"/> 10 Kontinent	
<input type="checkbox"/> 05 Teilweise inkontinent	
<input type="checkbox"/> 00 Inkontinent	