

ANMELDUNG

Datum: _____

Wunschtermin Aufnahme AG/REM: _____

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

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

Absender
(Stempel)

E-Mail

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:

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