

Anmeldung von Patienten zur Übernahme in die Abteilung für Akutgeriatrie und Frührehabilitation aus externen Kliniken und von Hausärzten

Patientendaten

Name Patient: _____

Geb. Datum Patient: _____ Hausarzt: _____

Kontakt einweisende Person _____

Name/Kontakt

Angehörige/r o. Bezugsperson: _____

gewünschter Aufnahmetag: _____ Häusl. Situation: _____

Pflegegrad

☐

Pflegedienst

☐

ja

☐

nein

Name: _____

Hauptdiagnose (Achtung: es muss eine akute Indikation bestehen, die eine kurzfristige Krankenhausbehandlung notwendig macht.)

Nebendiagnosen (Welches Behandlungsziel soll neben der genannten Diagnose erreicht werden? Z.B. gehen am Rollator, Bett-Stuhl-Transfer, etc.)

Sonstige wichtige Informationen (z.B. Isolierungspflicht, Wunden, Dekubitus, starkes Übergewicht, aufwändiger Pflegebedarf, Sauerstoffgabe, Dialysepflicht, Stoma, Sonden, etc)
Nach OP: Belastung? Wundzustand?

-
- ☐ Pat. ist zur Situation orientiert und kann Anweisungen umsetzen
 - ☐ Pat. ist für tägl. 2x30 Min. Therapie ausreichend belastbar
 - ☐ Pat. hat ausreichendes Verbesserungspotential und ist motiviert
 - ☐ Pat. ist über eine ca 14-tägige Dauer einer Komplexbehandlung informiert und einverstanden
-

**Diese Anmeldung bitte vollständig (2 Seiten) und lesbar ausgefüllt zusammen mit dem Pflegeüberleitungsbogen an das Sekretariat der Geriatrie faxen.
Fax-Nr. 02392 - 57372**

Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbstständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen. Sollten (z.B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.

1. Essen

unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck.....	10
braucht etwas Hilfe, z.B. beim Fleisch oder Brot schneiden	5
kein selbstständiges Einnehmen möglich	0

2. Waschen

vor Ort komplett selbstständig	5
erfüllt dies nicht	0

3. Baden

selbstständiges Baden oder Duschen	5
erfüllt dies nicht	0

4. An- und Auskleiden

unabhängig beim An-und Auskleiden (ggf. auch Kompressionsstrümpfe)	10
benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeiten selbst durchführen.....	5
nicht selbstständig	0

5. Harnkontinenz

ist kontinent, ggf. unabhängig im Umgang mit externen Ableitungen	10
gelegentlich inkontinent (max.1 x tägl.), Hilfe bei externen Ableitungen.....	5
ständig inkontinent, keine selbstständige Versorgung von Ableitungen	0

6. Stuhlkontinenz

ist Kontinent, ggf. unabhängig im Umgang mit externen Ableitungen	10
gelegentlich inkontinent (nicht mehr als 1 x wöchentl.), benötigt Hilfe mit externen Ableitungen.....	5
ständig inkontinent, keine selbstständige Versorgung von Ableitungen	0

7. Toilettenbenutzung

vor Ort komplett selbstständige Nutzung	10
benötigt Hilfe, z.B. bei der Kleidung, Reinigung.....	5
keine selbstständige Nutzung	0

8. Aufsetzen – Umsetzen

komplett selbstständig aus liegender Position in Stuhl und zurück.....	15
Aufsicht oder geringe Hilfestellung nötig	10
Aufrichten in den Sitz, an die Bettkante und/oder Transfer in den Rollstuhl mit erheblicher Hilfestellung	5
erfüllt das Kriterium nicht, wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0

9. Aufstehen und Gehen

ohne Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mind. 50m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stock) gehen	15
ohne Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mind. 50m mit Gehwagen selbstständig gehen	10
mit Laienhilfe oder Gehwagen in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen oder komplett selbstständig mit Rollstuhl	5
erfüllt das Kriterium nicht	0

10. Treppensteigen

ohne Aufsicht oder Hilfe (ggf.mit Stock) mind. 1 Stockwerk hinauf und hinunter.....	10
mit Aufsicht oder Laienhilfe mind.1 Stockwerk hinauf und hinunter	5
erfüllt das Kriterium nicht	0

Gesamtpunktzahl:

Ein Pflegeüberleitungsbogen ist für die Prüfung der Anmeldung zwingend erforderlich.