

Anmeldeformular Akutgeriatrie und Remobilisation **STATIONÄR**

Name	
SV-Nr. + Geburtsdatum	
Adresse	
Telefonnummer	

Vertrauensperson	Name	
	Telefonnummer	

Versicherung	☐ Allgemeine Gebührenklasse – AGK	☐ Sonderklasse - SKM

Diagnosen	
Therapieziele	1.
	2.

derzeit stationär im KH	☐ Ja	Abteilung
	☐ Nein	
Aufnahme aus dem häuslichen Bereich	☐ Ja	
	☐ Nein	

Indikation für die Akutgeriatrie/Remobilisation: Multimorbidität mit dem Ziel der Wiedererlangung einer weitgehend selbständigen Lebensführung zu Hause mittels funktionsfördernder, funktionserhaltender oder reintegrierender Therapie.

Anmeldeformular Akutgeriatrie und Remobilisation STATIONÄR

Mobilisation ☐ selbstständig ☐ mit Begleitung ☐ mit Hilfsmittel ☐ Heraussetzen möglich ☐ bettlägrig	Hilfsmittel ☐ Krücken / Stock ☐ Gehwagen ☐ Rollstuhl ☐ Prothese	Essen und Trinken ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ Schluckstörung ☐ PEG/Magensonde
Orientierung ☐ voll orientiert ☐ teilweise orientiert ☐ desorientiert	Pflege ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ völlig hilfsbedürftig	Belastung nach OP ☐ nicht belastbar bis ☐ Teilbelastung bis ☐ Vollbelastung

Wenn der Zustand der Patientin/des Patienten nicht den Angaben auf der Anmeldung entspricht und die Patientin/der Patient die AG/R-Aufnahmekriterien nicht erfüllt, behalten wir uns einen Rücktransfer an die zuweisende Abteilung (bzw. nach Hause – sofern die Patientin/der Patient von dort kommt) vor.

Zusätzlicher Rehabilitations-Antrag bereits gestellt	☐ Ja
	☐ Nein
weitere Versorgung	☐ zu Hause
	☐ unklar
	☐ betreute Einrichtung
gewünschter Termin	

Am Aufnahmetag ersuchen wir um Transferierung der Patientin/des Patienten an unsere Abteilung bis 10:00 Uhr vormittags.
Bitte um Mitgabe relevanter Befunde und einer aktuellen Medikamentenliste (von der Hausärztin/vom Hausarzt).

Überweisende/r Arzt/Ärztin (Ansprechperson bei Rückfragen), Tel.:-Nr. + DW, Stempel	Datum

Stellungnahme der Aufnahmeärztin/ des Aufnahmearztes:		
Aufnahme möglich	☐ ja	Termin
	☐ nein	Begründung

Anmeldeformular Akutgeriatrie und Remobilisation **STATIONÄR**

Patientendaten	Name
	Geburtsdatum

Barthel Index	Punkte	
Essen		
selbstständig, wenn das Essen in Reichweite steht	10	
braucht Unterstützung, z. B. beim Schneiden oder Streichen	5	
total hilfsbedürftig	0	
Baden/Duschen		
selbstständig	5	
auf Hilfe angewiesen	0	
Persönliche Toilette (Waschen)		
selbstständig – wäscht Gesicht, putzt Zähne, kämmt (und rasiert) sich (bereitstellen der Utensilien durch Hilfspersonal erlaubt)	5	
braucht Unterstützung	0	
Ankleiden		
selbstständig (inkl. Schuhe anziehen, Knöpfe und Reißverschlüsse bedienen)	10	
braucht Unterstützung – kleidet sich ca. zur Hälfte ohne Hilfe an	5	
total hilfsbedürftig	0	
Stuhlkontrolle		
kontinent	10	
kontinent mit höchstens einem „Zwischenfall“ pro Woche	5	
inkontinent	0	
Urinkontrolle		
kontinent über mehr als 7 Tage oder selbstständige Versorgung eines DK	10	
teilweise kontinent (max. 1x/24 Stunden inkontinent)	5	
inkontinent oder Katheter, den die Patientin/der Patient nicht selbst versorgen kann	0	

Anmeldeformular Akutgeriatrie und Remobilisation **STATIONÄR**

Barthel Index (Fortsetzung)		Punkte
Toilettenbenützung		
selbstständig (gehen, hinsetzen, aufstehen, Kleider und Papier handhaben)	10	
braucht Unterstützung, aber kann gewisse Dinge selbstständig	5	
total hilfsbedürftig	0	
Transfer		
selbstständig	15	
minimale physische oder verbale Assistenz	10	
kann sitzen – braucht Hilfe von 1 bis 2 Personen für den Transfer	5	
bettlägrig – keine Sitzbalance	0	
Mobilität (Bewegung)		
selbstständig – darf Gehhilfe benutzen ≥ 50 m	15	
geht mit zusätzlicher Unterstützung von einer Person (verbal oder physisch)	10	
selbstständig mit Rollstuhl inkl. wenden (nur wenn gehunfähig zu bewerten)	5	
sitzt im Rollstuhl – immobil	0	
Treppensteigen		
selbstständig (Treppe hinauf, Treppe hinab)	10	
braucht Unterstützung (verbal, physisch oder Hilfsmittel müssen nachgetragen werden)	5	
kann nicht Treppe steigen	0	
Ergebnis (max. 100 Punkte)		