

Ärztliches Anmeldezeugnis zur Tagesrehabilitation

Patient

☐ männlich ☐ weiblich

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

AHV-Nr.:

Kostenträger

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Vers.-Nr.:

☐ Krankheit

☐ Unfall

Angehörige / Kontaktperson

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Hausarzt

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Zuweiser

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Medizinische und rehabilitativ relevante Diagnosen / Datum akutes Ereignis / Datum Eintritt Akutklinik:

Risikofaktoren / relevante Komplikationen (cardiopulmonale Erkrankungen / Infekte / Frakturen / Antibiose / Adipositas per magna usw.):

Begründung für Tagesrehabilitation / Zielsetzung:

Gewünschte Anzahl der Präsenztage pro Woche (in der Regel 2 bis 3 Tage pro Woche):

Name des Patienten:

Geb.-Dat.:

Zustand des Patienten

Damit wir Ihr Aufnahmegesuch detailliert überprüfen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen durch das Pflegepersonal ausfüllen zu lassen. **(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Ernährung

- ☐ Sonde/parenterale Ernährung
- ☐ Einlöffeln/hohe Aspirationsgefahr
- ☐ Isst teilweise allein, braucht aktive Hilfsperson/Aspirationsgefahr
- ☐ Isst allein mit Hilfsmitteln/braucht Supervision
- ☐ Isst völlig selbständig

Persönliche Hygiene

- ☐ Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson/-en
- ☐ Im Bett/am Lavabo teilweise möglich, aber in beträchtlichem Mass auf Hilfsperson/-en angewiesen
- ☐ Teilweise möglich, aktive Hilfe einer Hilfsperson nötig
- ☐ Braucht Hilfsmittel, Supervision
- ☐ Körperpflege (inkl. Zähne putzen, rasieren, frisieren) ganz allein möglich

Fortbewegung

- ☐ Bettlägerig, selbständige Fortbewegung unmöglich
- ☐ Braucht Rollstuhl und viel Personenunterstützung
- ☐ Gehen mit Stützhilfe/Begleitung möglich/selbständiges Rollstuhlfahren/Rollator
- ☐ Selbständiges Gehen möglich, aber kein Treppensteigen
- ☐ Selbständiges Gehen und Treppensteigen möglich

Orientierung

- ☐ Stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung
- ☐ Teilweise desorientiert, braucht Supervision
- ☐ Zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert
- ☐ Weglauftendenz
- ☐ Sitzwache/1 zu 1 Betreuung
- ☐ Sturzgefahr

Soziale Interaktion

- ☐ Sehr häufig unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen **(nicht Zutreffendes streichen)**

- ☐ Zeitweise unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen **(nicht Zutreffendes streichen)**
- ☐ Normale soziale Interaktion

An- und Auskleiden

- ☐ Vollständig auf Hilfsperson/-en angewiesen
- ☐ Viel Unterstützung durch Hilfsperson
- ☐ Wenig aktive Unterstützung durch Hilfsperson
- ☐ Hilfsmittel/Supervision notwendig
- ☐ Völlig selbständig

Ausscheiden / Toilette

- ☐ Stuhl- und urininkontinent
- ☐ Urininkontinent/Katheter/Blasentraining
- ☐ Auf Topf/Nachflasche angewiesen
- ☐ Nachtstuhl/WC mit Hilfsperson
- ☐ WC-Benützung alleine möglich

Transfer (bei Rollstuhlfahrern)

- ☐ Kein Transfer möglich, braucht mehrere Hilfspersonen
- ☐ Transfer mit viel Unterstützung einer Hilfsperson
- ☐ Leichte Unterstützung durch Hilfsperson
- ☐ Selbständiger, sicherer Transfer
- ☐ Wie lange mobilisierbar Stunden/Tag

Verständigung

- ☐ Keine Verständigung möglich/Fremdsprache
- ☐ Teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt mittelschwer beeinträchtigt
- ☐ Sozialer Kontakt nicht beeinträchtigt
- ☐ Fremdsprachig

Psyche

- ☐ Starke Aggressivität/Euphorie/Depression/Apathie/Unruhe **(nicht Zutreffendes streichen)**
- ☐ Leichte Aggressivität/Euphorie/Depression/Apathie/Unruhe **(nicht Zutreffendes streichen)**
- ☐ Verhalten und Psyche adäquat

Stabil und verlegbar: ☐ Ja ☐ Noch nicht ☐ Beatmet ☐ Monitorpflicht ☐ CPAP/BIPAP ☐ O2

Tracheostoma: ☐ Nein ☐ Ja, Typ Trachealkanüle:

Isolationspflicht: ☐ Nein, falls ja weshalb: ☐ MRSA ☐ MRGN ☐ VRE ☐ COVID-19 ☐ Immunsuppression
☐ ESBL

Bei Zustandsveränderungen bitte Information an: patientenadministration@rehaklinik-zihlschlacht.ch