**Rehazentrum Wolhusen**

**Anmeldung zur stationären Rehabilitation**

muskuloskelettale Rehabilitation geriatrische Rehabilitation Akutgeriatrie  Andere

Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an

|  |  |
| --- | --- |
| Name        w  m | Geburtsdatum |
| Vorname | Zivilstand |
| Adresse | Telefon-Nr. |
| PLZ, Ort | Hausarzt |

|  |
| --- |
| Versichert für  allgemein  halbprivat  privat  Unfall  Krankheit |

|  |  |
| --- | --- |
| Kostenträger Nr. 1  Mitgl./Vers. Nr.: | Nr. 2       Nr.: |

|  |
| --- |
| Eintritt erwünscht am Datum wählen |

|  |  |
| --- | --- |
| **I Einweisungsgrund**   1. Diagnose | |
| 1. Funktionsdefizit | |
| C) Operationsdatum Datum wählen Eingriff        re  li | |
| 1. Relevante Begleiterkrankungen | Pflichtfeld  ESBL  MRE  MRSA  C. difficile  andere   keine |
| **II Behandlungsbeginn** (Spitaleintritt) Datum wählen | |
| **III Behandlungsziel** | |
| **IV Arbeitsunfähigkeit**  ja  nein wenn ja, seit wann Datum wählen zu       % | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ärztliche Bestätigung der**  **Klinikbedürftigkeit** | **Grad der Behinderung** |  |
| selbständig | bettlägerig |
| intensive Behandlungsbedürftigkeit | bedarf geringgradige Hilfeleistung für | Dekubitus |
| Bewegungsbehinderung | Gehen / Essen / Toilette / Aufstehen /   Ankleiden | Wundmanagement |
| neuropsychologische Defizite | Sturzereignis |
| Pflegebedarf | geht mit Stockhilfe |  |
| Abklärungsbedarf | Rollstuhl |  |
| siehe beiliegenden Bericht | Rollator |  |
| eine ambulante Behandlung  fällt ausser Betracht | bedarf intensiver Hilfeleistung |  |
| eingeschränkt durch Schmerzen |  |

**Zusatzangaben / Pflegeaufwand**

|  |
| --- |
| **Name der Patientin / des Patienten** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ernährung** | **An- und Auskleiden** |
| Sonde / parenterale Ernährung | vollständig auf Hilfsperson/en angewiesen |
| einlöffeln / hohe Aspirationsgefahr | viel Unterstützung durch Hilfsperson |
| isst teilweise allein, braucht aktive Hilfsperson/-en  Aspirationsgefahr | wenig aktive Unterstützung durch Hilfsperson |
| Hilfsmittel / Supervision notwendig |
| isst allein mit Hilfsmitteln / braucht Supervision | völlig selbständig |
| isst völlig selbständig |  |
|  |  |
| **Persönliche Hygiene** | **Ausscheidung / Toilette** |
| Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson/-en | stuhl- und urininkontinent |
| im Bett / am Lavabo teilweise möglich, aber in  beträchtlichem Mass auf Hilfsperson/-en angewiesen | urininkontinent / Katheter / Blasentraining |
| auf Topf / Nachtflasche angewiesen |
| teilweise möglich, aktive Hilfe einer Hilfsperson nötig | Nachtstuhl / WC mit Hilfsperson |
| braucht Hilfsmittel / Supervision | WC-Benützung alleine möglich |
| selbständige Körperpflege |  |
|  |  |
| **Fortbewegung** | **Transfer** |
| bettlägerig, selbständige Fortbewegung unmöglich | kein Transfer möglich, braucht mehrere Hilfspersonen |
| braucht Rollstuhl und viel Personenunterstützung | Transfer mit viel Unterstützung einer Hilfsperson |
| gehen mit Stützhilfe, Rollator / Begleitung möglich  selbständiges Rollstuhlfahren | leichte Unterstützung durch Hilfsperson |
| Supervision / Anleitung durch Hilfsperson |
| selbständiges Gehen möglich, aber kein  Treppensteigen | selbständiger Transfer |
|  |
| selbständiges Gehen und Treppensteigen möglich |  |
|  |  |
| **Orientierung** | **Verständigung** |
| stark desorientiert, braucht dauernde Unterstützung  (hohe Weglauftendenz) | keine Verständigung möglich |
| teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt  schwer beeinträchtigt |
| desorientiert, braucht viel Überwachung  (geringe Weglauftendenz) |
| teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt |
| leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörung | mittelschwer beeinträchtigt |
| zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert | genügende Verständigung, aber sozialer Kontakt  leicht beeinträchtigt |
|  |
|  | sozialer Kontakt unbeeinträchtigt |
|  |  |
| **Soziale Indikation** | **Psyche** |
| sehr häufig unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen | starke Aggressivität / Euphorie / Depression /  Apathie / Unruhe |
| öfters unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen |
| zeitweise unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen | mittelschwere Aggressivität / Euphorie / Depression /  Apathie / Unruhe |
| selten unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen |
| normale soziale Interaktion | leichte Aggressivität / Euphorie / Depression /  Apathie / Unruhe |
|  |
|  | Stimmungslabilität |
|  | adäquates Verhalten und Psyche |

**Angemeldet von**

|  |  |
| --- | --- |
| Klinik / Abteilung:  Kontaktperson / Telefon:  Ort / Datum:       Datum wählen | Name (Stempel) / Unterschrift des zuweisenden Arztes |