**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   |