

Anmeldung ambulante Tagesrehabilitation Neurozentrum LUKS

Tagesrehab. ab: _____ Tage pro Woche: _____ Ergo Physio Sprache Neuropsy.

Patientenname/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse / Unfallversicherung: _____

Versicherungsnummer / Schadennummer Unfall: _____

Bitte eine Kopie des Patientendossierblattes beilegen mit allen Angaben: Adresse, Telefon, Bezugspersonen etc.

Für eine gezielte, sinnvolle Aufnahmeplanung in die Tagesrehab. bitten wir um folgende Angaben:

Mobilität:

Sturzgefährdet (mässig / erhöht / hoch) zutreffendes unterstreichen

selbständig zu Fuss in Begleitung zu Fuss

Hilfsmittel (Stock / Rollator) zutreffendes unterstreichen

Transfer in Rollstuhl mit einer Person mit 2 Personen

Rollstuhlfahren s/s Rollstuhlfahren mit Hilfe oder Supervision

Hemisyndrom rechts links

Kleiden:

selbständig Hilfe Oberkörper Hilfe Hosen / Schuhe

Toilettenaktivität:

WC selbständig

Blase: kontinent inkontinent DK Cystofix Inkontinenzeinlagen

Darm: kontinent inkontinent Inkontinenzeinlagen

Benötigt Hilfe für Einlagen, Reinigung, Urinablass aus DK/Cystofix, Hosenmanagement

Spezielles:

Wunden Besondere Hygienevorschriften z.B wegen MRSA

Notiz: _____

Medikamente:

Dispenser Einnahme s/s Einnahme unter Kontrolle / Supervision

Diabetesmanagement: Ja Nein

Blutzuckerkontrolle + Eintrag in Kontrollheft s/s Kontrolle / Supervision Volle Übernahme durch Pflegeperson

Insulinverabreichung + Eintrag in Kontrollheft s/s Kontrolle / Supervision Volle Übernahme durch Pflegeperson

Orale Antidiabetika

Allergien: Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Essen:

isst s/s Hilfe bei der Vorbereitung

Schluckstörung: Ja Nein

Ausfüllen bei Schluckstörung:

PEG: Ja Nein

Sondenkost: Ja Nein Produkt und Menge _____

Kommunikation:

unauffällig

verwaschene Sprache Wortfindungsstörungen keine verbalen Äusserungen möglich

versteht Anweisungen in Alltagssituationen scheint nicht zu verstehen

Fremdsprachigkeit (Kommentar) _____

Orientierung/Verhalten:

unauffällig

desorientiert persönlich zeitlich örtlich weglaufgefährdet

ist unruhig gut führbar schlecht führbar

Weglaufgefährdete Patienten können in der Tagesrehabilitation nicht betreut werden.

Kontaktdaten für Tagesrehabilitation.: Mail: tagesrehabilitation.rehab@luks.ch / Tel: 041 205 56 23

C:\Users\guddeca\AppData\Local\Temp\notes7870F6\Anmeldeformular Tagesrehabilitation externe Kliniken_2018 .docx 9.2.2018 Dea

Kontext:

ledig verheiratet verwitwet geschieden
 lebt allein lebt mit Ehepartner / Partner zusammen lebt in Haushalt mit 3 oder mehr Personen
 lebt in einer Institution (Heim etc.) Name Telefon: _____
Beistandschaft: Ja Nein beantragt Name Telefon: _____
IV-Anmeldung: ist erfolgt am: _____
Hausarzt: Ja Nein **Falls kein Hausarzt vorhanden ist, muss zwingend einer gesucht werden.**

Weg von zu Hause in Tagesrehab:

wird von Angehörigen gebracht kommt s/s mit öffentlichem Verkehr
 kommt s/s mit Auto wird vom Fahrdienst gebracht

Externe Dienste:

Keine
 Spitex: wie oft/für was: _____
 Mahlzeitendienst: wie oft: _____
 Haushaltshilfe: wie oft/für was: _____
Name / Telefonnummer für externe Dienste: _____

Werte bei Austritt:

BD: _____ Puls: _____ Gewicht: _____ Grösse: _____

Allgemeine Bemerkungen:

Kontakt Daten für Tagesrehabilitation.: Mail: tagesrehabilitation.rehab@luks.ch / Tel: 041 205 56 23

C:\Users\guddeca\AppData\Local\Temp\notes7870F6\Anmeldeformular Tagesrehabilitation externe Kliniken_2018 .docx 9.2.2018 Dea

Ausgefüllt durch:

Name:

Telefon:

Behandelnder Arzt:

Name:

Telefon:

Mail:

Bitte senden Sie diese Anmeldung an den Pflegedienst der Tagesrehabilitation per Mail zusammen mit:

- 1. Kopie des Patientendossierblattes**
- 2. Ziele der Tagesrehabilitation**
- 3. Kurzer Arztbericht: Diagnose- und Medikamentenliste, Körperfunktionsschädigungen, Verlaufsbericht, Kontext (Lebensform, Unterstützung im Sozialen Umfeld, aktueller Beruf, Allgemeinzustand vor Ereignis, weitere Infos)**

Nach Eingang der Anmeldung wird diese durch die medizinische Leitung der Tagesrehabilitation und das Klinikmanagement geprüft. Im Anschluss werden Sie über den Entscheid der Aufnahme und die weiteren Schritte informiert.

Bitte melden Sie sich bei allfälligen Fragen zum Aufnahme-prozedere beim Klinikmanagement: 041 205 29 76.

Besten Dank für Ihre Anmeldung.