

**Spital / Zuweiser:**

 Adresse:  
 PLZ / Ort:  
 Telefon:

## Verantwortliche/r:

 Telefon:  
 Telefax:  
 E-Mail:

## Anmeldung zur stationären Rehabilitation

(neurologisch, muskuloskeletal, psychosomatisch, internistisch-onkologisch, geriatrisch, Sklerodermie)

→ Bitte ggf. separates Formular verwenden

**Reha Rheinfelden**

 Patientenaufnahme  
 Salinenstrasse 98  
 CH-4310 Rheinfelden

Telefon / Fax + 41 (0)61 836 50 30 / + 41 (0)61 836 50 39

E-Mail patientenaufnahme@reha-rhf.ch

**Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an:**

Name <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Geburtsdatum
Vorname	Zivilstand
Adresse	Telefon-Nr.
PLZ, Ort	Hausarzt

Versichert für <input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit
--

Kostenträger Nr. 1: Mitgl./Versich Nr.:	Nr. 2: Nr.:
--	----------------

Zimmerwunsch Allgemein-Abteilung: (nach Möglichkeit)	<input type="checkbox"/> Klassenwechsel erwünscht von auf
--	---

Eintritt erwünscht am
-----------------------

<b>I Einweisungsgrund</b>	
A) Diagnose	
B) Funktionsdefizit	
C) Operationsdatum	
D) Relevante Begleiterkrankungen	Pflichtfeld: <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> MRE <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> C. difficile <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> keine

<b>II Behandlungsbeginn</b> (Spitaleintritt)
---

<b>III Behandlungsziel</b>
----------------------------

<b>IV Arbeitsunfähigkeit</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, seit wann? in Prozent %
---

**Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit**

- Intensive Behandlungsbedürftigkeit
- Bewegungsbehinderung
- Neuropsychologische Defizite
- Pflegebedarf
- Abklärungsbedarf
- siehe beiliegenden Bericht
- Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht

**Grad der Behinderung**

- selbstständig
- bedarf geringgradiger Hilfeleistung für Gehen / Essen / Toilette / Aufstehen / Ankleiden
- geht mit Stockhilfe
- Rollstuhl
- bedarf intensiver Hilfeleistung
- bettlägerig
- behindernde Schmerzen

Für Rückfragen:

Klinik / Abt: Kontaktperson / Tel.: Ort / Datum:	Name (Stempel) / Unterschrift des zuweisenden Arztes:
--	---

**Zuweiser → Reha Institution → VA der Versicherung mit KoGu-Gesuch**

**Spital / Zuweiser:**

 Adresse:  
 PLZ / Ort:  
 Telefon:

**Verantwortliche/r:**

 Telefon:  
 Telefax:  
 E-Mail:

## Zusatzblatt (Pflegeaufwand) zum Einweisungsformular

Name der Patientin / des Patienten:
-------------------------------------

### Zustand der Patientin / des Patienten

**Ernährung**

- Sonde/parenterale Ernährung
- einlöfeln/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
- selbständiges Gehen möglich, aber kein Treppensteigen
- selbständiges Gehen und Treppensteigen möglich

**Orientierung**

- stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung (hohe Weglauftendenz)
- desorientiert, braucht viel Überwachung (geringe Weglauftendenz)
- leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörung
- zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert

**Soziale Interaktion**

- sehr häufig unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen
- öfters unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen
- zeitweise unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen
- selten unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen
- 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

**Ausscheidung / Toilette**

- stuhl- und urininkontinent
- urininkontinent/Katheter/Blasentraining
- auf Topf/Nachtflasche angewiesen
- Nachtstuhl/WC mit Hilfsperson
- WC-Benützung alleine möglich

**Transfers (bei Rollstuhlfahrern)**

- kein Transfer möglich, braucht mehrere Hilfspersonen
- Transfer mit viel Unterstützung einer Hilfsperson
- leichte Unterstützung durch Hilfsperson
- Supervision/Anleitung durch Hilfsperson
- selbständiger, sicherer Transfer

**Verständigung**

- keine Verständigung möglich
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt schwer beeinträchtigt
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt mittelschwer beeinträchtigt
- genügende Verständigung, aber sozialer Kontakt leicht beeinträchtigt
- sozialer Kontakt unbeeinträchtigt

**Psyche**

- starke Aggressivität/Euphorie/Depression/Apathie/Unruhe
- mittelschwere Aggressivität/Euphorie/Depression/Apathie/Unruhe
- leichte Aggressivität/Euphorie/Depression/Apathie/Unruhe
- Stimmungsstabilität
- adäquates Verhalten und Psyche

<b>• vorhandener Dekubitus:</b>	
<b>• Wunden, Verletzungen:</b>	
<b>• Tracheostoma (Typ Trachealkanüle):</b>	
<b>• PEG/SPK/Allg. Bemerkungen:</b>	
<b>• spitalhygienisch relevante Erreger:</b>	<input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> MRE <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> C. difficile <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> keine

Für Rückfragen:

Klinik / Abt: Kontaktperson / Tel.: Ort / Datum:	Name (Stempel) / Unterschrift des zuweisenden Arztes:
--	---

Spital / Zuweiser:

Adresse:

PLZ / Ort:

Telefon:

Verantwortliche/r:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

## Zusatzblatt (Screening nach Lachs) zum Einweisungsformular

Name der Patientin / des Patienten:

### Geriatrisches Screening nach Lachs

Problem	Untersuchung	Pathologisches Resultat	
1. Sehen	Fingerzahl mit Brille in 2 Meter Entfernung erkennen Nahvisus oder Lesen einer Überschrift Frage: <i>Hat sich Ihre Sehfähigkeit in letzter Zeit verschlechtert?</i>	Kein korrektes Erkennen bzw. Lesen möglich oder Antwort JA auf Frage	<input type="checkbox"/>
2. Hören	Flüstern von Zahlen aus 50 cm Entfernung in das angegebene Ohr, während das andere Ohr zugehalten wird: Linkes Ohr: 6 — 1 — 9 Rechtes Ohr: 2 — 7 — 3	Mehr als eine Zahl wird falsch erkannt	<input type="checkbox"/>
3. Arme	1. Beide Hände hinter den Kopf legen lassen 2. Kugelschreiber vom Tisch (oder von der Bettdecke) aufnehmen lassen	Mindestens eine Aufgabe wird nicht gelöst	<input type="checkbox"/>
4. Beine	Aufstehen, einige Schritte gehen und wieder hinsetzen lassen	Keine Aufgabe kann selbständig ausgeführt werden	<input type="checkbox"/>
5. Blaseninkontinenz	Frage: <i>Konnten Sie in letzter Zeit den Urin versehentlich nicht halten?</i>	Antwort JA	<input type="checkbox"/>
6. Stuhlinkontinenz	Frage: <i>Konnten Sie in letzter Zeit den Stuhl versehentlich nicht halten?</i>	Antwort JA	<input type="checkbox"/>
7. Ernährung	Schätzen des Körpergewichts der untersuchten Person	Unter- oder Übergewicht	<input type="checkbox"/>
8.a. Kognitiver Status	Nennen der folgenden drei Begriffe mit der Aufforderung, diese anschliessend zu wiederholen und sich zu merken: Apfel — Pfennig — Tisch		<input type="checkbox"/>
9. Aktivität	Fragen: - <i>Können Sie sich selbst anziehen?</i> - <i>Können Sie mindestens eine Treppe steigen?</i> - <i>Können Sie selbst einkaufen gehen?</i>	Mindestens eine NEIN-Antwort	<input type="checkbox"/>
10. Depression	Frage: <i>Fühlen Sie sich oft traurig oder niedergeschlagen?</i>	Antwort JA (oder ggf. Eindruck)	<input type="checkbox"/>
8.b. Kognitiver Status	Nennen der folgenden drei Begriffe mit der Aufforderung, diese anschliessend zu wiederholen und sich zu merken: Apfel — Pfennig — Tisch	Einen oder mehrere Begriffe vergessen	<input type="checkbox"/>
11. Soziale Unterstützung	Frage: <i>Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen und die Ihnen zu Hause regelmässig helfen können?</i>	Antwort NEIN	<input type="checkbox"/>
12. Allgemeine Risikofaktoren	Frage: <i>Wann waren Sie zum letzten Mal im Krankenhaus?</i>	vor weniger als drei Monaten	<input type="checkbox"/>
13. Allgemeine Risikofaktoren	Frage: <i>Sind Sie in den letzten drei Monaten gestürzt?</i>	Antwort JA	<input type="checkbox"/>
14. Allgemeine Risikofaktoren	Frage: <i>Nehmen Sie regelmässig mehr als 5 verschiedene Medikamente?</i>	Antwort JA	<input type="checkbox"/>
15. Allgemeine Risikofaktoren	Frage: <i>Leiden Sie häufig unter Schmerzen?</i>	Antwort JA	<input type="checkbox"/>
<b>SUMME</b> pathologische Antworten			

Für Rückfragen:

Klinik / Abt:  
Kontaktperson / Tel.  
Ort / Datum:

Name (Stempel) / Unterschrift des zuweisenden Arztes: