|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Spital / Zuweiser:** Adresse: PLZ / Ort: Telefon:  |                      | Verantwortliche/r: Telefon: Telefax: E-Mail:  |                      |
| **Anmeldung zur stationären Rehabilitation(neurologisch, muskuloskelettal, psychosomatisch, internistisch-onkologisch, geriatrisch, Sklerodermie)***🡪 Bitte ggf. separates Formular verwenden* |
| **Reha Rheinfelden**PatientenaufnahmeSalinenstrasse 98CH-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 |       [ ] w [ ] m | Geburtsdatum |       |
| Vorname |       | Zivilstand |       |
| Adresse |       | Telefon-Nr. |       |
| PLZ, Ort |       | Hausarzt |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Versichert für | **[ ]**  | allgemein | **[ ]**  | halbprivat | **[ ]**  | privat | **[ ]**  Unfall | **[ ]** Krankheit |
|  |
| Kostenträger | Nr. 1: |       | Nr. 2: |       |
| Mitgl./Versich..... | Nr.: |       | Nr.: |       |
|  |
| Zimmerwunsch Allgemein-Abteilung:       (nach Möglichkeit)(Standard Zweibettzimmer) | **[ ]**  | Klassenwechsel erwünscht von  auf  |
|  |
| Eintritt erwünscht am |       |
|  |
| **I Einweisungsgrund** |  |
|  A) Diagnose |       |
|  B) Funktionsdefizit |       |
|  C) Operationsdatum |       |
|  D) Relevante Begleiterkrankungen |       | Pflichtfeld:  | **[ ]** ESBL **[ ]** MRE**[ ]** MRSA **[ ]** C. difficile**[ ]** andere:      **[ ]** keine |
| **II Behandlungsbeginn** (Spitaleintritt) |       |
| **III Behandlungsziel** |       |
| **I****V Arbeitsunfähigkeit** | **[ ]**  | ja | **[ ]**  | nein | wenn ja, seit wann? |       | in Prozent |       | % |
|  |  |
| **Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit** | **Grad der Behinderung** |
| **[ ]** Intensive Behandlungsbedürftigkeit**[ ]** Bewegungsbehinderung**[ ]** Neuropsychologische Defizite**[ ]** Pflegebedarf**[ ]** Abklärungsbedarf**[ ]** siehe beiliegenden Bericht**[ ]** Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht | **[ ]** 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* 🡪 *Rehainstitution* 🡪 *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 | An- und Auskleiden |
| **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  | Sonde/parenterale Ernährungeinlöffeln/hohe Aspirationsgefahrisst teilweise allein, braucht aktive Hilfsperson/Aspirationsgefahrisst allein mit Hilfsmitteln/braucht Supervisionisst völlig selbständig | **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  | vollständig auf Hilfsperson/-en angewiesenviel Unterstützung durch Hilfspersonwenig aktive Unterstützung durch HilfspersonHilfsmittel/Supervision notwendigvöllig selbständig |
|  |  |
| Persönliche Hygiene | Ausscheidung / Toilette |
| **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  | Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson/-enim Bett/am Lavabo teilweise möglich, aber inbeträchtlichem Mass auf Hilfsperson/-enangewiesenteilweise möglich, aktive Hilfe einer Hilfsperson nötigbraucht Hilfsmittel, SupervisionKörperpflege (inkl. Zähne putzen, rasieren,frisieren) ganz allein möglich | **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  | stuhl- und urininkontinenturininkontinent/Katheter/Blasentrainingauf Topf/Nachtflasche angewiesenNachtstuhl/WC mit HilfspersonWC-Benützung alleine möglich |
|  |  |
| **Fortbewegung** | **Transfers (bei Rollstuhlfahrern)** |
| **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  | bettlägerig, selbständige Fortbewegung unmöglichbraucht Rollstuhl und viel Personenunterstützunggehen mit Stützhilfe/Begleitung möglich/selbständiges Rollstuhlfahrenselbständiges Gehen möglich, aber kein Treppensteigenselbständiges Gehen und Treppensteigen möglich | **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  | kein Transfer möglich, braucht mehrere HilfspersonenTransfer mit viel Unterstützung einer Hilfspersonleichte Unterstützung durch HilfspersonSupervision/Anleitung durch Hilfspersonselbständiger, sicherer Transfer |
|  |  |
| Orientierung | Verständigung |
| **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  | stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung(hohe Weglauftendenz)desorientiert, braucht viel Überwachung(geringe Weglauftendenz)leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörungzeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert | **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  | keine Verständigung möglichteilweise Verständigung möglich, sozialer Kontaktschwer beeinträchtigtteilweise Verständigung möglich, sozialer Kontaktmittelschwer beeinträchtigtgenügende Verständigung, aber sozialer Kontaktleicht beeinträchtigtsozialer Kontakt unbeeinträchtigt |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
| Soziale Interaktion | Psyche |
| **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  | sehr häufig unkooperativ/distanzlos/zurückgezogenöfters unkooperativ/distanzlos/zurückgezogenzeitweise unkooperativ/distanzlos/zurückgezogenselten unkooperativ/distanzlos/zurückgezogennormale soziale Interaktion | **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  | starke Aggressivität/Euphorie/Depression/Apathie/Unruhemittelschwere Aggressivität/Euphorie/Depression/Apathie/Unruheleichte Aggressivität/Euphorie/Depression/Apathie/UnruheStimmungslabilitätadäquates Verhalten und Psyche |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
| * **vorhandener Dekubitus:**
 |       |
| * **Wunden, Verletzungen:**
 |       |
| * **Tracheostoma (Typ Trachealkanüle):**
 |       |
| * **PEG/SPK/Allg. Bemerkungen:**
 |       |
| * **spitalhygienisch relevante Erreger:**
 | **[ ]** ESBL **[ ]** MRE **[ ]** MRSA **[ ]** C. difficile **[ ]** andere:       **[ ]** 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 EntfernungerkennenNahvisus oder Lesen einer ÜberschriftFrage: *Hat sich Ihre Sehfähigkeit in letzter Zeitverschlechtert?* | Kein korrektes Erkennen bzw. Lesen möglich oder Antwort JA auf Frage | [ ]  |
| 2. Hören | Flüstern von Zahlen aus 50 cm Entfernung in das angegebene Ohr, während das andere Ohr zugehalten wird:Linkes Ohr: 6 — 1 — 9Rechtes Ohr: 2 — 7 — 3 | Mehr als eine Zahl wird falsch erkannt | [ ]   |
| 3. Arme | 1. Beide Hände hinter den Kopf legen lassen2. Kugelschreiber vom Tisch (oder von der Bettdecke) aufnehmen lassen | Mindestens eine Aufgabe wird nicht gelöst | [ ]  |
| 4. Beine | Aufstehen, einige Schritte gehen und wieder hinsetzen lassen | Keine Aufgabe kann selbständig ausgeführt werden | [ ]  |
| 5. Blaseninkontinenz | Frage: *Konnten Sie in letzter Zeit den Urin versehentlich nicht halten?* | Antwort JA | [ ]  |
| 6. Stuhlkontinenz | Frage: *Konnten Sie in letzter Zeit den Stuhl versehentlich nicht halten?* | Antwort JA | [ ]  |
| 7. Ernährung | Schätzen des Körpergewichts deruntersuchten Person | Unter- oder Übergewicht | [ ]  |
| 8.a. Kognitiver Status | Nennen der folgenden drei Begriffe mit der Aufforderung, diese anschliessend zu wiederholen und sich zu merken:Apfel — Pfennig — Tisch |  | [ ]  |
| 9. Aktivität | Fragen:*- Können Sie sich selbst anziehen?- Können Sie mindestens eine Treppe steigen?- Können Sie selbst einkaufen gehen?* | Mindestens eine NEIN-Antwort | [ ]  |
| 10. Depression | Frage: *Fühlen Sie sich oft traurig oder niedergeschlagen?* | Antwort JA (oder ggf. Eindruck) | [ ]  |
| 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 | [ ]  |
| 11. Soziale Unterstützung | Frage: *Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen und die Ihnen zu Hause regelmässig helfen können?* | Antwort NEIN | [ ]  |
| 12. Allgemeine Risikofaktoren | Frage: *Wann waren Sie zum letzten Mal im Krankenhaus?* | vor weniger als drei Monaten | [ ]  |
| 13. Allgemeine Risikofaktoren | Frage: *Sind Sie in den letzten drei Monaten gestürzt?* | Antwort JA | [ ]  |
| 14. Allgemeine Risikofaktoren | Frage: *Nehmen Sie regelmässig mehr als* 5 *verschiedene Medikamente?* | Antwort JA | [ ]  |
| 15. Allgemeine Risikofaktoren | Frage: *Leiden Sie häufig unter Schmerzen?* | Antwort JA | [ ]  |
|  |  | **SUMME** pathologische Antworten |  |
|  |
| *Für Rückfragen:* |
| Klinik / Abt:      Kontaktperson / Tel.      Ort / Datum:       | Name (Stempel) / Unterschrift des zuweisenden Arztes:      |