

Patient

Name _____
Vorname _____
Geb.-Dat. _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Wohnort _____
Tel.-Nr. _____

Angehörige/Kontaktperson

Name/Vorname _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Wohnort _____
Tel.-Nr. _____

Gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Kostenträger

Name _____
Adresse _____
Vers.-Nr. _____

Hausarzt

Name/Vorname _____
Adresse _____
Tel.-Nr. _____

Abteilung

- Privat **Krankheit**
 Halbprivat **Unfall**
 Allgemein

ÄRZTLICHES ANMELDEZEUGNIS ZUR STATIONÄREN NEUROREHABILITATION

Med. Diagnosen/ Datum akutes Ereignis / Datum Eintritt Akutklinik

Aktuelle Untersuchungsbefunde (letztes CCT)

Risikofaktoren / Komplikationen (cardiopulmonale Erkrankungen / Infekte / Frakturen / andere)

Aktuelle Medikation

Begründung für stationäre neurologische Rehabilitation / Zielsetzung

Es besteht eine med. Indikation für einen ausserkantonalen stationären Aufenthalt in der Humaine Klinik Zihlschlacht

Spezielle Indikation

- Abteilung für somatische Frührehabilitation
 Abteilung für psychomentele Frührehabilitation
 Abteilung für schwergeschädigte Patienten
 Sensomot. Probleme/Spastik/Laufband
 Schluckstörung
 Sehstörung
 Neuropsychologische Störungen
 Urogenitale Funktionsstörung
 Soziale Wiedereingliederungsprobleme/
Hilfsmittelanpassung
 Andere

Einweisende Stelle: _____ Stempel:

Name des Arztes: _____

Tel.-Nr. _____

Fax-Nr. _____

Name SozialarbeiterIn (bei Zuweisung durch Spital):

Tel.-Nr. Sozialdienst: _____

Bitte bei Eintritt ärztliche Unterlagen / Röntgenbilder / CCT mitgeben

Name des Patienten: _____ Geb.-Dat. _____

Zustand des Patienten

Damit wir Ihr Aufnahmegesuch detailliert überprüfen können, bitte wir Sie, die nachfolgenden Fragen durch das Pflegepersonal ausfüllen zu lassen. **(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Ernährung

- 5 Sonde / parenterale Ernährung
- 4 einlöffeln / hohe Aspirationsgefahr
- 3 isst teilweise allein, braucht aktive Hilfsperson / Aspirationsgefahr
- 2 isst allein mit Hilfsmitteln / braucht Supervision
- 1 isst völlig selbständig

Persönliche Hygiene

- 5 Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson/-en
- 4 im Bett / am Lavabo teilweise möglich, aber in beträchtlichem Mass auf Hilfsperson/-en angewiesen
- 3 teilweise möglich, aktive Hilfe einer Hilfsperson nötig
- 2 braucht Hilfsmittel, Supervision
- 1 Körperpflege (inkl. Zähne putzen, rasieren, frisieren) ganz allein möglich

Fortbewegung

- 5 bettlägerig, selbständige Fortbewegung unmöglich
- 4 braucht Rollstuhl und viel Personenunterstützung
- 3 Gehen mit Stützhilfe/Begleitung möglich / selbständiges Rollstuhlfahren
- 2 selbständiges Gehen möglich, aber kein Treppensteigen
- 1 selbständiges Gehen und Treppensteigen möglich

Orientierung

- 5 stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung
- 4 desorientiert, braucht viel Überwachung (geringe Weglauftendenz)
- 3 desorientiert, braucht Supervision (ohne Weglauftendenz)
- 2 leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörung
- 1 zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert

Soziale Interaktion

- 5 sehr häufig unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen **(nicht Zutreffendes streichen)**
- 4 öfters unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen **(nicht Zutreffendes streichen)**
- 3 zeitweise unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen **(nicht Zutreffendes streichen)**
- 2 selten unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen **(nicht Zutreffendes streichen)**
- 1 normale soziale Interaktion

An- und Auskleiden

- 5 vollständig auf Hilfsperson/-en angewiesen
- 4 viel Unterstützung durch Hilfsperson
- 3 wenig aktive Unterstützung durch Hilfsperson
- 2 Hilfsmittel / Supervision notwendig
- 1 völlig selbständig

Ausscheiden / Toilette

- 5 stuhl- und urininkontinent
- 4 urininkontinent / Katheter / Blasentraining
- 3 auf Topf / Nachflasche angewiesen
- 2 Nachtstuhl / WC mit Hilfsperson
- 1 WC-Benützung alleine möglich

Transfer (bei Rollstuhlfahrern)

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

Verständigung

- 5 keine Verständigung möglich
- 4 teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt schwer beeinträchtigt
- 3 teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt mittelschwer beeinträchtigt
- 2 genügende Verständigung möglich, aber sozialer Kontakt leicht beeinträchtigt
- 1 sozialer Kontakt nicht beeinträchtigt

Psyche

- 5 starke Aggressivität / Euphorie / Depression / Apathie / Unruhe **(nicht Zutreffendes streichen)**
- 4 mittelschwere Aggressivität / Euphorie / Depression / Apathie / Unruhe **(nicht Zutreffendes streichen)**
- 3 leichte Aggressivität / Euphorie / Depression / Apathie/ Unruhe **(nicht Zutreffendes streichen)**
- 2 Stimmungs labilität
- 1 Verhalten und Psyche adäquat

vorhandener Dekubitus: _____

Wunden, Verletzungen: _____

Tracheostoma: Nein Ja, Typ Trachealkanüle: _____

PEG Ja Nein, andere Sonde: _____

Sonstige spezielle Probleme (z.B. MRSA): _____