

**Patient**       männlich       weiblich  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geb.-Dat. \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

**Angehörige/Kontaktperson**  
Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_  
Gewünschtes Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

**AHV-Nr.** \_\_\_\_\_

**Kostenträger**  
Name \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

**Hausarzt**  
Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

**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 / Antibiose usw.)**

**Aktuelle Medikation**

**Begründung für stationäre neurologische Rehabilitation / Zielsetzung**

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

**Spezielle Indikation**

- Abteilung für somatische Frührehabilitation
- Abteilung für psychomentale 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: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Station/Name Pflege: \_\_\_\_\_ Telephonnummer: \_\_\_\_\_

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat. \_\_\_\_\_

### Zustand des Patienten

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

#### Ernährung

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

#### Orientierung

- stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung
- teilweise desorientiert, braucht Supervision
- zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert
- Weglauftendenz
- Sitzwache/1 zu 1 Betreuung
- Sturzgefahr

#### Soziale Interaktion

- sehr häufig unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen **(nicht Zutreffendes streichen)**
- zeitweise unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen **(nicht Zutreffendes streichen)**
- normale soziale Interaktion

Stabil und verlegbar:  Ja  Noch nicht  Beatmet  Monitorpflicht  CPAP/BIPAP  O2

Vorhandener Dekubitus: \_\_\_\_\_

Wunden, Verletzungen: \_\_\_\_\_

Tracheostoma:  Nein  Ja, Typ Trachealkanüle: \_\_\_\_\_

Sonstige spezielle Probleme (z.B. MRSA/ESBL/spezielle Kostform usw.): \_\_\_\_\_

#### An- und Auskleiden

- vollständig auf Hilfsperson/-en angewiesen
- viel Unterstützung durch Hilfsperson
- wenig aktive Unterstützung durch Hilfsperson
- Hilfsmittel / Supervision notwendig
- völlig selbständig

#### Ausscheiden / Toilette

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

#### Transfer (bei Rollstuhlfahrern)

- kein Transfer möglich, braucht mehrere Hilfspersonen
- Transfer mit viel Unterstützung einer Hilfsperson
- leichte Unterstützung durch Hilfsperson
- selbständiger, sicherer Transfer
- Wie lange mobilisierbar \_\_\_ Stunden/Tag

#### Verständigung

- keine Verständigung möglich
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt mittelschwer beeinträchtigt
- sozialer Kontakt nicht beeinträchtigt
- Fremdsprachig

#### Psyche

- starke Aggressivität / Euphorie / Depression / Apathie/ Unruhe **(nicht Zutreffendes streichen)**
- leichte Aggressivität / Euphorie / Depression / Apathie/ Unruhe **(nicht Zutreffendes streichen)**
- Verhalten und Psyche adäquat

**Bei gravierenden Zustandsveränderungen (Verschlechterung oder Verbesserung) bitte Information an**

**Patientenadministration: Tel 071 424 31 31**