

## Ärztliches Anmeldezeugnis zur Tagesrehabilitation

**Patient**     männlich    weiblich    divers

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

AHV-Nr.:

**Kostenträger**

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Vers.-Nr.:

 Krankheit Unfall**Angehörige / Kontaktperson**

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

**Hausarzt**

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

**Zuweiser**

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Medizinische und rehabilitativ relevante Diagnosen / Datum akutes Ereignis / Datum Eintritt Akutklinik:

Risikofaktoren / relevante Komplikationen (cardiopulmonale Erkrankungen / Infekte / Frakturen / Antibiose / Adipositas per magna usw.):

Begründung für Tagesrehabilitation / Zielsetzung:

Gewünschte Anzahl der Präsenztage pro Woche (in der Regel 2 bis 3 Tage pro Woche):

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 selbstständig

#### 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, selbstständige Fortbewegung unmöglich
- Braucht Rollstuhl und viel Personenunterstützung
- Gehen mit Stützhilfe / Begleitung möglich / selbstständiges Rollstuhlfahren / Rollator
- Selbstständiges Gehen möglich, aber kein Treppensteigen
- Selbstständiges 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

Tracheostoma:  Nein  Ja, Typ Trachealkanüle:

Isolationspflicht:  Nein, falls ja weshalb:  MRSA  MRGN  VRE  COVID-19  Immunsuppression  ESBL

Bei Zustandsveränderungen bitte Information an: [patientenadministration@rehaklinik-zihlschlacht.ch](mailto:patientenadministration@rehaklinik-zihlschlacht.ch)

#### An- und Auskleiden

- Vollständig auf Hilfsperson/-en angewiesen
- Viel Unterstützung durch Hilfsperson
- Wenig aktive Unterstützung durch Hilfsperson
- Hilfsmittel / Supervision notwendig
- Völlig selbstständig

#### Ausscheiden / Toilette

- Stuhl- und urininkontinent
- Urininkontinent / Katheter / Blasentraining
- Auf Topf / Nachtflasche 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
- Selbstständiger, sicherer Transfer
- Wie lange mobilisierbar Stunden / Tag

#### Verständigung

- Keine Verständigung möglich / Fremdsprache
- 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