

Ärztliches Anmeldezeugnis zur Tagesrehabilitation

Patient

männlich weiblich

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 Präsenztag 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 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

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/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
- Selbständiger, 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

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