Einweisung in die Geriatrische Klinik

|  |
| --- |
| **Ärztliche Leitung** |

Wir melden folgende/folgenden Patientin/Patienten an:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NameVornameAdressePLZ, Ort |  Geschl.: | GeburtsdatumZivilstandTelefon-Nr.Hausarzt |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kostenträger | Nr. 1:Mitgl.-Nr.: | Nr.2:Mitgl.-Nr.: |
|  [ ]  Unfall [ ]  Krankheit |   |
| Versicherungsklasse:  |
| Hospitalisation seit:  | Übertritt ab:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Diagnosen** |  |
| **2. Bisherige Therapie/Operation**  (Datum) |  |
| **3. Weiteres Procedere** |  |
|  | **3a. Ist eine weitere Diagnostik geplant?** | [ ]  ja [ ]  nein | wenn ja, welche: | Datum:  |
|  | **3b. Sind weitere Behandlungen oder Konsile geplant?** | [ ]  ja [ ]  nein | wenn ja, welche: | Datum: |
|  | **3c. Sind weitere Operationen/Interventionen geplant?** | [ ]  ja [ ]  nein | wenn ja, welche: | Datum: |
|  | **3d. Sind Chemo-/Immuntherapien geplant?** | [ ]  ja [ ]  nein | wenn ja, welche: | Datum:  |
| **4. Ist der Patient (oder dessen Vertreter) mit einem Aufenthalt in der Geriatrischen Klinik einverstanden?** [ ]  ja [ ]  nein |
| **5. Verlegungsgrund** |  |
| **6. Aktueller Medikamentenplan**Bitte Kopie beilegen oder per  E-Mail senden |  |

**Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit Funktionsdefizite**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Verlegung zur stationären Weiterbehandlung | [ ]  bettlägerig |
| [ ]  Abklärung/Therapie | [ ]  bedarf Hilfeleistung für Gehen/ Essen/ Toilette/ Aufstehen/ |
|  |  Ankleiden *(nicht zutreffendes streichen/löschen)* |
|  | [ ]  Bewegungslimiten |
| [ ]  Belastungsgrenzen |
| [ ]  bedarf intensiver Hilfeleistung |

*Aussteller-Ref:*

|  |  |
| --- | --- |
| Klinik/ Abt: Information:  | Kontaktperson mit Tel.-Nr. : |
| Ort/Datum:  | Name des einweisenden Arztes mit Tel.-Nr. und E-Mail-Adresse: |
|  |

Pflegebedarf

**Name des Patienten:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ausgefüllt von:**  | **Station:** | **Telefon:** |
| Ernährung[ ]  Pat. isst alleine[ ]  Pat. isst mit Hilfsmittel, welches: [ ]  Essen wird hergerichtet [ ]  Essen wird eingegeben [ ]  Aspirationsgefahr[ ]  Dysphagie[ ]  Parenterale Ernährung[ ]  Nasale Magensonde[ ]  PEGBemerkung:  | An- und Auskleiden[ ]  Völlig selbständig[ ]  Wenig aktive Unterstützung [ ]  Hilfsmittel/Supervision notwendig[ ]  Viel Unterstützung [ ]  Vollständig auf Unterstützung angewiesenBemerkung:  |
|  |  |
| Mobilität[ ]  Selbständig im Transfer[ ]  Selbständig im Gehen | Ausscheidung / Toilette[ ]  Selbständige WC Benützung[ ]  WC/Nachtstuhl mit Unterstützung[ ]  Auf Topf/Urinflasche angewiesen[ ]  Stuhl Inkontinent[ ]  Urin Inkontinent[ ]  Dauerkatheter[ ]  Urostoma[ ]  Cystofix[ ]  Colostoma/Ileostoma[ ]  Selbständige Stomaversorgung[ ]  Stomaversorgung durch PflegeBemerkung:  |
| Transfer mitGehen mit | 1 PP [ ] 1 PP [ ]  | 2 PP [ ] 2 PP [ ]  |
| [ ]  Braucht Hilfe bei der Lagerung[ ]  Selbständig Rollstuhl fahren[ ]  Bettlägerig[ ]  Vollbelastung[ ]  Teilbelastung/Kg: Hilfsmittel, welche: Bemerkung:  |
|  |  |
| Körperpflege / persönliche Hygiene[ ]  Selbständig Ganzkörper Waschen/Kleiden[ ]  Teilweise möglich, braucht wenig Unterstützung[ ]  Im Bett/Lavabo: in beträchtlichem Mass auf Unterstützung angewiesen[ ]  Ganzwäsche im Bett[ ]  Duschen mit HilfeBemerkung:  | Kommunikation/ Verständigung[ ]  Problemlose Verständigung[ ]  Kommunikation eingeschränkt[ ]  Keine Verständigung möglich[ ]  Aphasie[ ]  Fremdsprache, welche: Bemerkung:  |
|  |  |
| Kognition[ ]  Zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert[ ]  Beeinträchtigt[ ]  Demenz  [ ]  ohne Weglauftendenz [ ]  mit Weglauftendenz [ ]  Delir [ ]  ohne Weglauftendenz [ ]  mit Weglauftendenz [ ]  Unruhe [ ]  leicht [ ]  mittelschwer [ ]  stark[ ]  Stimmungslabilität[ ]  Adäquates Verhalten und PsycheJetziges Zimmer: [ ]  1er [ ]  2er [ ]  MehrbettBemerkung:  | WahrnehmungSehbehindertBlindHörbehindert | ja [ ] ja [ ] ja [ ]  | nein [ ] nein [ ] nein [ ]  |
| Bemerkung:  |
|   |  |  |  |
| Atmung[ ]  Sauerstoff / Liter/Min. [ ]  Beatmung: [ ]  Tracheostoma | Wunden[ ]  Wunde | Ort der Wunde:   |
| [ ]  Dekubitus | Ort des Dekubitus:  |
| [ ]  NPWT |  |
| [ ]  Drainagen  |       |
| [ ]  Senectovia Matratze |
| **Hygiene**[ ]  Isolation |  Rückfragen an: Spitalhygiene Tel: 0041 71 494 22 99 |
| [ ]  MRSA:  | [ ]  ESBL:  |
| [ ]  Influenza:  | [ ]  Norovirus:  |
| **Intravenöser Zugang**[ ]  Port-a-Cath Infundierende Medikamete:  | [ ]  Peripherer Venenkatheter:  | [ ]  ZVK:  |
| [ ]  PerfusorInfundierende Medikamente:  | [ ]  Spezielle Medikamente:  |
| [ ]  Dialyse [ ]  HD [ ]  CAPD |  |