Einweisung in die Geriatrische Klinik

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

Wir melden folgende/folgenden Patientin/Patienten an:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name  Vorname  Adresse  PLZ, Ort | Geschl.: | Geburtsdatum  Zivilstand  Telefon-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  PEG  Bemerkung: | | | | | An- und Auskleiden  Völlig selbständig  Wenig aktive Unterstützung  Hilfsmittel/Supervision notwendig  Viel Unterstützung  Vollständig auf Unterstützung angewiesen Bemerkung: | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
| 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 Pflege  Bemerkung: | | | | | | | | |
| Transfer mit  Gehen 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 Hilfe  Bemerkung: | | | | | 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 Psyche  Jetziges Zimmer:  1er  2er  Mehrbett Bemerkung: | | | | | Wahrnehmung  Sehbehindert  Blind  Hörbehindert | | 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: | | | | | |
| Perfusor  Infundierende Medikamente: | | | | Spezielle Medikamente: | | | | | | | | | |
| Dialyse  HD  CAPD | | | |  | | | | | | | | | |