

## Einweisung in die Geriatrische Klinik

Ärztliche Leitung

Wir melden folgende/folgenden Patientin/Patienten an:

Name	Geschl.:	Geburtsdatum
Vorname		Zivilstand
Adresse		Telefon-Nr.
PLZ, Ort		Hausarzt

Kostenträger	Nr. 1: Mitgl.-Nr.:	Nr.2: Mitgl.-Nr.:
	<input type="checkbox"/> Unfall	<input type="checkbox"/> Krankheit
		Versicherungsklasse:

Hospitalisation seit:	Übertritt ab:
-----------------------	---------------

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

### Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit

- Verlegung zur stationären Weiterbehandlung  
 Abklärung/Therapie

### Funktionsdefizite

- bettlägerig  
 bedarf Hilfeleistung für Gehen/ Essen/ Toilette/ Aufstehen/ Ankleiden (*nicht zutreffendes streichen/löschen*)  
 Bewegungskriterien  
 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
- Transfer mit 1 PP  2 PP
- Gehen mit 1 PP  2 PP

- Braucht Hilfe bei der Lagerung
- Selbständig Rollstuhl fahren
- Bettlägerig
- Vollbelastung
- Teilbelastung/Kg:

Hilfsmittel, welche:

Bemerkung:

### 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:

### 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
- Stimmungsstabilität
- Adäquates Verhalten und Psyche

Jetziges Zimmer:  1er  2er  Mehrbett

Bemerkung:

### Wahrnehmung

- Sehbehindert ja  nein
- Blind ja  nein
- Hörbehindert ja  nein

Bemerkung:

### Atmung

- Sauerstoff / Liter/Min.
- Beatmung:
- Tracheostoma

### Hygiene

- Isolation
- MRSA:
- Influenza:

### Intravenöser Zugang

- Port-a-Cath
- Infundierende Medikamete:

- Perfusor
- Infundierende Medikamente:

- Dialyse
  - HD
  - CAPD

### Wunden

- Wunde      Ort der Wunde:
- Dekubitus      Ort des Dekubitus:
- NPWT
- Drainagen
- Senectovia Matratze

Rückfragen an: Spitalhygiene Tel: 0041 71 494 22 99

- ESBL:

- Norovirus:

- Peripherer Venenkatheter:

- ZVK:

- Spezielle Medikamente: