



## Anmeldung an der Akutgeriatrie und Remobilisation – Gesundheit Burgenland

|                |  |                                       |                |  |                                       |
|----------------|--|---------------------------------------|----------------|--|---------------------------------------|
| <b>Kittsee</b> | <input type="checkbox"/> stationär     | <input type="checkbox"/> allg. Klasse | <b>Güssing</b> | <input type="checkbox"/> stationär     | <input type="checkbox"/> allg. Klasse |
|                | <input type="checkbox"/> tagesklinisch | <input type="checkbox"/> Sonderklasse |                | <input type="checkbox"/> tagesklinisch | <input type="checkbox"/> Sonderklasse |

### Anmeldung durch

|   |  |                     |  |
|---|--|---------------------|--|
| <b>Zuweiser*in (Spital, Abteilung bzw. niedergelassene*r Ärztin/Arzt)</b>                     |  |                     |  |
| <b>Kontakt Medizin</b>  |  | <b>Telefon + DW</b> |  |
| <b>Kontakt</b> <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Entlassungsmanagement |  | <b>Telefon + DW</b> |  |
| <b>Wunschtermin Aufnahme</b>  |  |                     |  |

### Stammdatensblatt – oder Patientenetikette

|                  |  |                  |  |  |
|------------------|--|------------------|--|--|
| <b>Nachname</b>  |  | <b>Vorname</b>   |  | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d |
| Straße, Nr.      |  | PLZ              |  | Ort  |
| <b>Geb. Dat.</b> |  | <b>Vers. Nr.</b> |  | <b>Versicherung</b>  |
| <b>Tel.-Nr.</b>  |  | <b>E-mail</b>    |  | <b>Vertrauensarzt</b>  |

### Bezugs-/Kontaktperson

|                 |  |                |  |  |
|-----------------|--|----------------|--|--|
| <b>Nachname</b> |  | <b>Vorname</b> |  | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d |
| Straße, Nr.     |  | PLZ            |  | Ort  |
| <b>Tel.-Nr.</b> |  | <b>E-mail</b>  |  |  |

### Informationen zur Aufnahme

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>Aufnahmegrund</b><br>(stattgefundene OP) |  | <b>OP-Datum</b>   |  |
| <b>Übernahme</b> möglich ab                 |  | <b>Begleiterkrankungen</b> (bitte Medikationsliste beilegen, falls vorhanden) |  |
|   |  |   |  |

### Remobilisationsziel:

\_\_\_\_\_

### Situation vor der Aufnahme

|                  |  |   |                  |   |  |
|------------------|--|---|------------------|---|--|
| <b>Betreuung</b> | <input type="checkbox"/> selbstständig               | <input type="checkbox"/> 24h Pflege       | <b>Mobilität</b> | <input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> mit _____ Person/en |
|                  | <input type="checkbox"/> Familie/Bekannte            | <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen |                  | <input type="checkbox"/> mit Rollator     | <input type="checkbox"/> sonst:              |
|                  | <input type="checkbox"/> Heimhilfe _____ (Intervall) | <input type="checkbox"/> Pflegeheim       |                  | <input type="checkbox"/> mit Krücken      |  |
|                  | <input type="checkbox"/> HKP _____ (Intervall)       |   |                  |   |  |

### Derzeitige Situation

|  |                               |                                    |                                     |  |  |
|--|-------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| <b>Größe</b>   |                               | <b>Gewicht</b>                     |                                     | <b>Reha/Kurzzeitpflege/<br/>Pflegeheim beantragt</b> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab: _____ |
| <b>Neurologische Störung</b>   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Dysphagie | <input type="checkbox"/> Dysarthrie | <input type="checkbox"/> Neglect                     | <input type="checkbox"/> Pusher                                      |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Ulcus <input type="checkbox"/> Wunde | Größe:                        |                                    | Lokalisation:                       |  |  |

|  |  |  |  |   |   |  |   |
|--|--|--|--|---|---|--|---|
| <b>Mobilität</b>   | <b>Gehstrecke:</b> _____ m<br><input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel<br><input type="checkbox"/> Rollator<br><input type="checkbox"/> Krücken | <input type="checkbox"/> mit _____ Person/en<br><input type="checkbox"/> sonst:<br><input type="checkbox"/> <b>Bettruhe</b> bis: | <b>Belastung nach OP</b>   | <input type="checkbox"/> vollständig<br><input type="checkbox"/> teilweise bis _____ kg,<br>voll belasten ab Datum: |   |  |   |
| <b>Motivation</b>  | <input type="checkbox"/> ausgeprägt<br><input type="checkbox"/> motivierbar<br><input type="checkbox"/> vermindert                               | <b>Waschen/Kleiden</b>   | <input type="checkbox"/> selbstst.<br><input type="checkbox"/> mit Hilfe                           | <b>Harn</b>   | <input type="checkbox"/> kontinent<br><input type="checkbox"/> inkontinent<br><input type="checkbox"/> DK/Stoma | <b>Sehen</b>   | <input type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> eingeschränkt<br><input type="checkbox"/> blind |
| <b>Demenz bekannt</b>  | <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja, MMSE:  | <b>Orientierung</b>  | <input type="checkbox"/> vollständig<br><input type="checkbox"/> teilweise                         | <b>Stuhl</b>  | <input type="checkbox"/> kontinent<br><input type="checkbox"/> inkontinent<br><input type="checkbox"/> Stoma    | <b>Hören</b>   | <input type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> eingeschränkt<br><input type="checkbox"/> taub  |
| <b>Ernährung</b>   | <input type="checkbox"/> selbstst.<br><input type="checkbox"/> mit Hilfe   | <input type="checkbox"/> parenteral<br><input type="checkbox"/> per Sonde  | <input type="checkbox"/> <b>Isolierpflicht</b>   | <b>Infektionsrisiko</b>   | <input type="checkbox"/> ESBL<br><input type="checkbox"/> MRSA  | <input type="checkbox"/> C. diff.<br><input type="checkbox"/> sonst: |   |
| <b>Häusliche Situation/Versorgung nach dem AG/R-Aufenthalt geklärt</b> |  |  | <input type="checkbox"/> Wenn ja, wie: _____<br><input type="checkbox"/> Nein: _____               | Arztbrief vorhanden*:<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                  |   |  |   |
| <b>Wurde ein Antrag auf Pflegegeld gestellt</b>                        |  |  | <input type="checkbox"/> Wenn ja, aktuelle Pflegegeldstufe: _____<br><input type="checkbox"/> Nein | Aktuelles Labor vorhanden*:<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                            |   |  |   |

\*Um die medizinische Versorgung besser einschätzen zu können, benötigen wir den letzten Arztbrief sowie die neuesten Laborergebnisse der betroffenen Person. Diese Dokumente helfen uns, den Gesundheitszustand und die erforderlichen Maßnahmen zu bewerten.

## Barthel-Index

|   | Punkte                      |  |
|---|-----------------------------|--|
| <b>1. Essen</b>   |                             |  |
| Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck  | <input type="checkbox"/> 10 |  |
| Braucht Hilfe z.B. beim Schneiden   | <input type="checkbox"/> 5  |  |
| Unselbstständig   | <input type="checkbox"/> 0  |  |
| <b>2. Baden</b>   |                             |  |
| Badet oder duscht ohne Hilfe  | <input type="checkbox"/> 5  |  |
| Badet oder duscht mit Hilfe   | <input type="checkbox"/> 0  |  |
| <b>3. Waschen</b>   |                             |  |
| Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert sich, Zahnpflege   | <input type="checkbox"/> 5  |  |
| Braucht Hilfe   | <input type="checkbox"/> 0  |  |
| <b>4. An- und Auskleiden</b>  |                             |  |
| Unabhängig inkl. Schuhe anziehen  | <input type="checkbox"/> 10 |  |
| Benötigte Hilfe, kleidet sich teilweise selbst an/aus   | <input type="checkbox"/> 5  |  |
| Unselbstständig   | <input type="checkbox"/> 0  |  |
| <b>5. Stuhlkontrolle</b>  |                             |  |
| Kontinent   | <input type="checkbox"/> 10 |  |
| Teilweise inkontinent   | <input type="checkbox"/> 5  |  |
| Inkontinent   | <input type="checkbox"/> 0  |  |
| <b>6. Urinkontrolle</b>   |                             |  |
| Kontinent   | <input type="checkbox"/> 5  |  |
| Teilweise inkontinent   | <input type="checkbox"/> 0  |  |
| <b>7. Toilettenbenutzung</b>  |                             |  |
| Unabhängig/selbstständig  | <input type="checkbox"/> 10 |  |
| Braucht Hilfe z.B. wegen Ungleichgewicht, Toilettenpapier reichen, Kleidung an- und ausziehen | <input type="checkbox"/> 5  |  |
| Kann nicht zur Toilette/auf den Leibstuhl   | <input type="checkbox"/> 0  |  |
| <b>8. Bett-(Roll-)Stuhltransfer</b>   |                             |  |
| Unabhängig (auch für Rollstuhlfahrer)   | <input type="checkbox"/> 15 |  |
| Minimale Assistenz/Motivation zur Selbstständigkeit   | <input type="checkbox"/> 10 |  |
| Kann sitzen, braucht jedoch für den Transfer Hilfe  | <input type="checkbox"/> 5  |  |
| Unselbstständig/Bettlägerig   | <input type="checkbox"/> 0  |  |
| <b>9. Bewegung</b>  |                             |  |
| Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) mind. 50m  | <input type="checkbox"/> 15 |  |
| Gehen mit Unterstützung mind. 50m   | <input type="checkbox"/> 10 |  |
| Rollstuhlfahrer: unabhängig mind. 50m   | <input type="checkbox"/> 5  |  |
| Kann sich nicht fortbewegen/unselbstständig   | <input type="checkbox"/> 0  |  |
| <b>10. Treppensteigen</b>   |                             |  |
| Unabhängig (auch mit Gehhilfe)  | <input type="checkbox"/> 10 |  |
| Braucht Hilfe oder Assistenz/Motivation/Begleitung  | <input type="checkbox"/> 5  |  |
| Kann nicht Treppensteigen/unselbstständig   | <input type="checkbox"/> 0  |  |
| <b>Gesamtpunktzahl:</b>   |                             |  |

Ort, Datum

Unterschrift der zuweisenden Ärztin/  
des zuweisenden Arztes

**Es wird um telefonische Absage von Patientinnen und Patienten mit zugesagtem Aufnahmetermin ersucht, falls der Platz doch nicht benötigt werden sollte. BEI FEHLENDEM REHABILITATIONSPOTENTIAL IST DIE/ DER PAT. VOM ZUWEISER ZURÜCK ZU NEHMEN!**

Seite 2 von 2