



## Zusatzblatt zur Anmeldung

(Neurorehabilitation orthopädische und internistisch-postoperative Rehabilitation)

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Zustand des Patienten

#### Ernährung

- Sonde / parenterale Ernährung
- einlöffeln / hohe Aspirationsgefahr
- isst teilweise allein, braucht aktive Hilfsperson / Aspirationsgefahr
- isst allein mit Hilfsperson / braucht Supervision
- isst völlig selbständig

#### An- und Auskleiden

- vollständig auf Hilfsperson/-en angewiesen
  - viel Unterstützung durch Hilfsperson
  - wenig aktive Unterstützung durch Hilfsperson
  - Hilfsmittel / Supervision notwendig
  - völlig selbständig
- Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

#### Persönliche Hygiene

- Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson/-en
- im Bett / am Lavabo teilweise möglich, hat jedoch beträchtliche Hilfe nötig
- teilweise möglich, mit aktiver Hilfe
- braucht Hilfsmittel, Supervision
- Körperpflege selbständig möglich

#### Ausscheiden / Toilette

- stuhl- und urininkontinent
- urininkontinent / Katheter / Blasentraining
- auf Topf / Nachtflasche angewiesen
- Nachtstuhl / WC mit Hilfsperson
- WC-Benützung alleine möglich
- Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

#### Fortbewegung

- bettlägrig, selbständige Fortbewegung unmöglich
- braucht Rollstuhl und viel Personenunterstützung
- gehen mit Stützhilfe / Begleitung möglich / selbständiges Rollstuhlfahren
- selbständiges Gehen möglich, aber kein Treppensteigen
- selbständiges Gehen und Treppensteigen  
Gehilfen: \_\_\_\_\_

#### Transfer (bei Rollstuhlfahrern)

- kein Transfer möglich, braucht mehrere Hilfspersonen
- Transfer mit viel Unterstützung einer Hilfsperson
- leichte Unterstützung durch Hilfsperson
- Supervision / Anleitung durch Hilfsperson
- selbständiger, sicherer Transfer
- Eigener Rollstuhl:  Ja  Nein

### Orientierung

- stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung (hohe Weglauftendenz)
- desorientiert, braucht viel Überwachung (geringe Weglauftendenz)
- desorientiert, braucht Supervision (ohne Weglauftendenz)
- leichte aber alltagsrelevante Orientierungsstörung
- zeitlich, örtlich und autophysisch orientiert

### Verständigung

- keine Verständigung möglich
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt schwer beeinträchtigt
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt mittelschwer beeinträchtigt
- genügende Verständigung, aber sozialer Kontakt leicht beeinträchtigt
- sozialer Kontakt unbeeinträchtigt

### Soziale Interaktion

- |                                      |  |                                     |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr häufig | <input type="checkbox"/> unkooperativ  | <input type="checkbox"/> distanzlos |
|                                      | <input type="checkbox"/> zurückgezogen |                                     |
| <input type="checkbox"/> öfters      | <input type="checkbox"/> unkooperativ  | <input type="checkbox"/> distanzlos |
|                                      | <input type="checkbox"/> zurückgezogen |                                     |
| <input type="checkbox"/> zeitweise   | <input type="checkbox"/> unkooperativ  | <input type="checkbox"/> distanzlos |
|                                      | <input type="checkbox"/> zurückgezogen |                                     |
| <input type="checkbox"/> selten      | <input type="checkbox"/> unkooperativ  | <input type="checkbox"/> distanzlos |
|                                      | <input type="checkbox"/> zurückgezogen |                                     |

normale soziale Interaktion

### Psyche

- |  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> starke        | <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> Euphorie |
|  | <input type="checkbox"/> Depression    | <input type="checkbox"/> Apathie  |
|  | <input type="checkbox"/> Unruhe        |                                   |
| <input type="checkbox"/> mittelschwere | <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> Euphorie |
|  | <input type="checkbox"/> Depression    | <input type="checkbox"/> Apathie  |
|  | <input type="checkbox"/> Unruhe        |                                   |
| <input type="checkbox"/> leichte       | <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> Euphorie |
|  | <input type="checkbox"/> Depression    | <input type="checkbox"/> Apathie  |
|  | <input type="checkbox"/> Unruhe        |                                   |

Stimmungslabilität

adäquates Verhalten und Psyche

\* zutreffendes bitte anhaken / Mehrfachnennungen möglich

### Diverses

- Hemiparese:  re  li
- aktueller Pflegeaufwand in h (LEP): \_\_\_\_\_
- Vorhandener Dekubitus: \_\_\_\_\_
- PEG / Allg. Bemerkungen: \_\_\_\_\_
- Spezielles Material (Stoma): \_\_\_\_\_
- Sondennahrungsmittel: \_\_\_\_\_
- Wunden / Verletzungen / VAC: \_\_\_\_\_
- Spezielle Medikamente: \_\_\_\_\_
- Isolation MRSA / ESBL wo: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Datum:	_____
Für Rückfragen:	_____
Klinik / Station / TelefonNr.:	_____
Name / Unterschrift:	_____