



Zusatzblatt zur Anmeldung

(Neurorehabilitation orthopädische und internistisch-postoperative Rehabilitation)

Name des Patienten: _____ Geburtsdatum: _____

Zustand des Patienten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Fortbewegung / Belastbarkeit

- Gehhilfen: _____ Rollstuhl
- Selbständiges sicheres Gehen ohne Hilfsperson (mit oder ohne Hilfsmittel / Rollstuhl)
- Selbständiges Gehen unter Aufsicht
 > 10 m < 10 m
- Gehen mit ausgeprägter Hilfestellung einer Person
 > 10 m < 10 m
- Keine Fortbewegung möglich
 bettlägerig / immobil
 keine Belastbarkeit der Unteren Extremität und oder des Rumpfes möglich / erlaubt

Transfer: Bett ↔ Stuhl mit oder ohne Hilfsmittel

- Selbständiger sicherer Transfer ohne Hilfsmittel
- Selbständiger Transfer mit geringer Hilfestellung 1 Hilfsperson (Kontakthilfe)
- Transfer mit ausgeprägter Hilfestellung 1er Hilfsperson (Hebeunterstützung)
- Transfer mit Hilfestellung 2er Hilfspersonen
- Sitzen im Stuhl für 30 Minuten nicht möglich

Essen / Trinken / Ernährung

- Selbständig sicheres Ess- und Trinken
- Geringe Hilfestellung (zu 25%) bei der Essensvorbereitung und – oder Eingabe
- Ausgeprägte Hilfestellung (50-75%) bei der Essensvorbereitung und- oder Eingabe
- PEG-Sonde / Nasale Sonde / Jejunalsonde / Parenterale Ernährung
- Schluckprobleme / Aspirationsgefahr, falls Ja Kontakt mit Logopädie

Körperpflege

- Selbständig mit oder ohne Hilfsmittel, Rollstuhl
- Geringe Hilfestellung (zu 25%) bei der Vorbereitung und / oder Beaufsichtigung
- Ausgeprägte Hilfestellung (50-75%), Notwendigkeit einer Hilfsperson
- Vollständige Unterstützung durch eine oder zwei Hilfspersonen / Körperpflege im Bett

An- und Auskleiden

- Selbständiges sicheres An- und Auskleiden
- Geringe Hilfestellung (zu 25 %)
- Ausgeprägte Hilfestellung (zu 50-75%)
- Vollständiges An- und Auskleiden durch 1 Hilfsperson

Ausscheidung / Katheter

- Selbständige Toilettenhygiene (Blasen und Darmentleerung)
- Geringe Hilfestellung vor / beim / nach dem Toilettengang (zu 25%)
- Ausgeprägte Hilfestellung vor / beim / nach dem Toilettengang (zu 50-75%)
- Suprapub. / Transurethraler Katheter
- Versorgung Stoma / Ileum Conduit
- Inkontinenz (Blase und / oder Darm)

Kognition und Partizipation

- Keine Auffälligkeiten
- Leichte Einschränkung in der Kognition
- Ausgeprägte Einschränkung in der Kognition
- Leichte Einschränkung der Partizipation am Therapie- und Behandlungsprogramm
- Ausgeprägte Einschränkung der Partizipation am Therapie- und Behandlungsprogramm
- Weglaufgefährdet
- Selbst-/Fremdgefährdend
- Sitznachtwache notwendig

Kommunikation / Verständigung und Wahrnehmung

- Keine Einschränkungen
- Leichte Einschränkung in der Verständigung
- Ausgeprägte Einschränkung in der Verständigung
- Einschränkungen in der auditiven und visuellen Wahrnehmung (Sehbehindert / Hörbehindert)
- Sprache Deutsch Nur Fremdsprache: _____

Katheter / Drainagen / Kanülen

- Katheter (PICC, ZVK, etc.):
- Drainagen (Nephrostoma, PTCD, Wunddrainagen, etc.):
- Tracheo-/ Laryngostoma / regelmässiges absaugen

Wundversorgung

- *Täglich, Zeitdauer _____
- Jeden 2. Tag, Zeitdauer _____
- Alle 3 Tage oder mehr, Zeitdauer _____
*Täglich ab 15 Min Wundprotokoll _____
- VAC Verband: Wundprotokolle mit Fotos und Zeitaufwand beilegen

Isolation

- Tröpfchenisolation im Einzelzimmer: Hygieneprotokoll beilegen und Kontakt Hygiene
- Kontaktisolation (1- oder 2- Bettzimmer): Hygieneprotokoll beilegen und Kontakt Hygiene

Varia

- Einzelzimmer notwendig / gewünscht, Grund: _____
- Bereits bekannte/vorgesehene Folgetermine innerhalb 4 Wochen nach Eintritt (z.B. Wundambulatorium, Chemotherapie, CT-/MRI, sonstige Kontrolle, etc.)
- Spezialmedikamente (Antibiotika, Immunsuppressiva, etc.): Medikationsliste beilegen

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