



Zusatzblatt zur Anmeldung

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 Hilfsperson
- ☐ 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 (kostenpflichtig)
- ☐ Bereits bekannte/vorgesehene Folgetermine innerhalb 4 Wochen nach Eintritt (z.B. Wundambulatorium, Chemotherapie, CT-/MRI, sonstige Kontrolle, etc.)
- ☐ Spezialmedikamente (Antibiotika, Immunsuppressiva, etc.): Medikationsliste beilegen

Für Rückfragen: _____

Klinik / Station / TelefonNr.: _____

Datum: _____

Name / Unterschrift: _____