

Informationsblatt Ein- und Ausschlusskriterien zur Aufnahme an der Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation

Einschlusskriterien:

- Alter über 65 Jahre
- Patient muss über Akutgeriatrie / Remobilisation (rehabilitatives Training und aktivierende Pflege) informiert sein
- Motivation und Einverständnis des Patienten für eine aktive Mitarbeit am rehabilitativen Training und der aktivierenden Pflege
- Nach dem Aufenthalt sollte eine Entlassung in die Privatwohnung (inkl. Sozialer Dienste) bzw. ins Seniorenheim möglich sein
- Bei vorauszusehendem längeren Aufenthalt (> 4 Wochen) sollte schon vom zu transferierenden Krankenhaus die Kurzzeitpflege bewilligt sein

Ausschlusskriterien:

- Intensivstationspflichtige Erkrankungen
- Terminale Erkrankungen
- Schwere Demenz oder schwere geriatrische / psychiatrische Grunderkrankung
- Fehlendes Rehapotenzial

Die Letztentscheidung bezüglich der Aufnahme trifft das interdisziplinäre Team gemeinsam

Wir weisen darauf hin: Sollte der Patient / die Patientin nicht den Anforderungen der AGR entsprechen, sehen wir uns leider gezwungen, die Patienten umgehend an Ihre Abteilung / Einrichtung zurück zu transferieren.

Zuweiser (Krankenhaus / Abteilung / Pflegeeinrichtung)

Station:

Kontaktperson:

Tel.:

DW:

bestätigtes Aufnahmedatum durch die AGR:

Familiename:	
Vorname:	weiblich männlich
	Soz. Vers. Nr.:

Sonderklasse: 1-Bett / 2-Bett

Allgemeine Klasse:

Übernahme:

sofort

ab Datum: _____

Diagnosen:

Herzinsuff./kardiale Dekompensation

resp. Insuffizienz/COPD
sauerstoffpflichtig

post OP Komplikationen

OP-Art(en), Implantiertes Material, Gips, Cast, Fixateur etc.

OP-Datum:

Aktuelle Infektion: Clostridien

MRGN

MRSA

VRE

keine bekannt

andere Infektionen: _____

Kein Ausschlussgrund, Information dient organisatorischen Zwecken.

Situation vor der Aufnahme:

Wohnen:

Privat

Seniorenheim

Bettenstation

Pflegeheim u.ä. Einrichtung

Mobilität:

selbständig

mit Hilfsperson

mit Rollstuhl

immobil

Betreuung:

keine nötig

soz. Dienste

24h Betreuung

Pflegegeld (Stufe _____)

Situation jetzt:

Angehörigenbetreuung vorhanden

Mobilität:

selbständig

immobil

mit Rollstuhl

mit Hilfsperson

Belastung:

Vollbelastung

Teilbelastung (Dauer: _____)

Pflege:

selbständig

mit Hilfe

Pflegegeldhöhung beantragt

Dekubitus

sonst. Wunden

Rehab. Antrag gestellt

Kurzzeitpflege beantragt

Langzeitpflege beantragt

Ernährung:

selbständig

Eingeben

PEG Sonde

parenteral

Diät

Harn:

kontinent

inkontinent

DK/Cystofix

Stuhl:

kontinent

inkontinent

Stoma

Mental:

unauffällig

verwirrt/Delir.

Demenz

Dieses Formular gilt als Voranmeldung: Auf Grund der beschränkten Bettenkapazität können wir nicht alle Aufnahmeansuchen berücksichtigen.

Bei Übernahmemöglichkeiten werden Sie von uns zeitgerecht verständigt.

Datum

Unterschrift des zuweisenden Arztes