



Bettenmanagement.mue.hst@kages.at
Tel. 03852/2080-7103 od. 7301

Patientendaten (Patientenetikett):

Familienname:
Vorname:
PLZ, Ort:
Straße, Hausnr.:
SVNr.:
ÖGK BVAEB Andere:
Sonderklasse Ja Nein

Tel.:

Weitere Versorgung geklärt: Ja Nein
Heimantrag gestellt: Ja Nein
Rehabilitationsantrag gestellt: Ja Nein

Bezugsperson, Kontaktadresse:

Name:
Adresse:
Telefonnr.:

Anmeldender Arzt (Name, Telefon): _____

Hausarzt (Name Telefon): _____

Pat. über Anmeldung informiert Ja Nein

Derzeitige Situation des Patienten Zutreffendes ankreuzen

Komplikationen

Nein
 Wundheilungsstörungen
 Kontrakturen
 Sonstige _____

Sonde/Stoma Nein **Blasenkatheter** Transurethral
 Tracheostoma Suprapubisch

Vorhandene eigene Hilfsmittel

Rollstuhl
 Rollator
 Reziprokes Gehgestell
 Gliedmaßenprothese
 Sonstige _____

Bereits mobilisiert

Bettrand
 Gehstock
 Gehwagen
 Rollator
 Rollstuhl
 Wegstrecke _____ m

Vollbelastung Ja

Teilbelastung Ja bis wann _____

Körpergröße: _____ cm
Körpergewicht: _____ kg

FAC:

- 0: Nicht gehfähig,
1: Dauerhafte Hilfe
2: Intermittierende Hilfe
3: Verbale Unterstützung
4: Geht selbstständig in der Ebene
5: In allen Belangen selbstständig

Sehen

Unbeeinträchtigt
 Beeinträchtigt
 Stark beeinträchtigt

Gehör

Unbeeinträchtigt
 Beeinträchtigt
 Stark beeinträchtigt

Orientierung

Vollständig gegeben
 Zeitweise gestört
 Tagelang leicht gestört
 Tagelang wesentlich gestört

Verhalten

Ruhig
 Unruhig
 Unruhig, vor allem nachts

Mitwirkung Therapie/Pflege

Entwickelt Eigeninitiative
 Aktiv bei Aufforderung
 Passiv
 Unwillig

Cardio-pulmonale Belastbarkeit

Keine Einschränkung
 Leichte Einschränkung
 Wesentliche Einschränkung

Esslinger:

H0: keine Hilfe
H1: spontane Hilfe
H2: geschulte Laienhilfe erforderlich
H3: ein Helfer professioneller Standard
H4: ein professioneller Helfer nicht ausreichend

Absender (Stempel), genaue Stationsangabe



Telefon:

Voraussichtlicher Entlassungstermin:

Wunschtermin Aufnahme zur Remobilisation:

Situation vor Aufnahme in Akutbehandlung:

Mobilität: selbstständig mit Assistenz immobil
Betreuung: Altersheim Angehörige soz. Dienste

Diagnosen der Akuterkrankungen mit Datum:

Was erwartet sich der Patient?

Barthel Index (ADL):

Essen

10 Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck
 05 benötigt Hilfe, z. B. beim Schneiden
 00 Völlig hilfebedürftig

Waschen und Körperpflege

05 Selbstständig
 00 Benötigt Hilfe

Baden und Duschen

05 Unabhängig bei Voll- und Duschbad
 00 Nicht selbstständig

Ankleiden

10 Völlig unabhängig
 05 Benötigt teilweise Hilfe
 00 Völlig hilfebedürftig

Stuhlkontrolle

10 Kontinent
 05 Teilweise inkontinent
 00 Inkontinent

Harnkontrolle

10 Kontinent
 05 Teilweise inkontinent
 00 Inkontinent

Ort, Datum

Unterschrift der/des Ärztin/Arztes

Keine Indikationen: soziale Gründe inkl. Überbrückung der Wartezeit auf einen Pflegeplatz und Pat. mit terminalen Erkrankungen (Sterbende und Schwerstkranke).

Information: wenn die Mobilisation aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, behalten wir uns das Recht für einen RÜCKTRANSFER des/der Pat. innerhalb von 2 Tagen vor! Die Aufenthaltsdauer beträgt meist zwischen 5 und 21 Tagen und hängt von klinischen Erfordernissen und Fortschritt ab. Es wird daher ersucht, dem Pat. vorab keine fixe Aufenthaltsdauer zuzusagen.