

Anfrage zur Übernahme in die Akutgeriatrie – Klinik für Altersmedizin

- Ausschlusskriterien:**
- Barthel-Index ab 45 und mehr → Barthel = _____ (bitte angeben)
 - Pflegegrad 5 **und** bestehende Heimversorgung → PG = _____ (bitte angeben)
 - 4 MRGN – Infektion
 - Covid positiv – Abstrich

gewünschte Übernahme am: _____

Verlegende Klinik / Zuweisender Arzt:	Ansprechpartner: Name.....Tel..... Fax:.....
Patientendaten: (hier Patientenetikett) Name: Vorname: geb.: Straße: PLZ / Ort:	Versicherungsstatus: Krankenkasse: _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett
Angehörige/Bevollmächtigte/Betreuer	Name:.....Tel:.....
Gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Name:.....Tel:..... Hausarzt: Nervenarzt:
Hauptbehandlungsdiagnose:	_____
akutstationärer Behandlungsbedarf: (Weiterbehandlung in der Akutgeriatrie wegen:)	_____
Wichtige Nebendiagnosen:	_____
Besonderheiten in der Versorgung:	<input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Unruhe, Weglauftendenz <input type="checkbox"/> Schwere Demenz <input type="checkbox"/> Nur mit Hilfsmitteln mobil _____ <input type="checkbox"/> nicht mobil <input type="checkbox"/> Vollbelastung erlaubt <input type="checkbox"/> Teilbelastung mit _____ kg bis zum _____ <input type="checkbox"/> Adipositas > 120 kg <input type="checkbox"/> Übergröße > 1,85 m
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Bes. Med., Chemo, Radiatio <input type="checkbox"/> Bes. Kostform: <input type="checkbox"/> Dysphagie <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> BDk <input type="checkbox"/> O2-Pflicht <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> spezielles Antidekubitussystem <input type="checkbox"/> Dialyse
<input type="checkbox"/> Isolation nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> Isolation erforderlich wegen: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Noro <input type="checkbox"/> andere _____

Patientenname oder - aufkleber

Barthel – Index

➔ erhoben am: _____
Datum

	Bitte ankreuzen:
Hände u. Gesicht waschen, Haare kämmen, Zähne putzen, holt Rasierer, rasiert sich selbst	1. Persönliche Hygiene
Selbständig im Bereich des Kopfes	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig oder braucht Hilfe	0 <input type="checkbox"/>
Abseifen, duschen oder Vollbad nehmen, abtrocknen, nicht an- oder ausziehen	2. Baden, Duschen
Selbständig in allen Phasen	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig oder braucht Hilfe	0 <input type="checkbox"/>
An- u. ausziehen, hält Gleichgewicht, benützt Toilettenpapier, stellt Bettpfanne ab	3. Toilettenbenutzung
Unabhängig in allen Phasen	10 <input type="checkbox"/>
Kann mit Hilfe o.g. Tätigkeiten ausführen	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig, auch wenn Hilfe gewährt wird	0 <input type="checkbox"/>
Kontrolle erhalten, kann Zäpfchen einführen oder Mikro-Clist benutzen	4. Stuhlkontinenz
Tag und Nacht kontinent	10 <input type="checkbox"/>
Maximal 1x/Woche inkontinent, benötigt Hilfe	5 <input type="checkbox"/>
Häufiger oder ständig inkontinent, vollständig hilfsbedürftig	0 <input type="checkbox"/>
Kontrolle erhalten, kann Dauerkatheter versorgen und Hilfsmittel reinigen	5. Urinkontinenz
Tag und Nacht kontinent	10 <input type="checkbox"/>
Maximal 1x/Tag inkontinent, benötigt Hilfe	5 <input type="checkbox"/>
Häufiger oder ständig inkontinent, unselbständig bei Hilfsmittelversorgung	0 <input type="checkbox"/>
Isst in angemessener Zeit, benützt Besteck, kann Fleisch schneiden u. Butter streichen	6. Essen
Isst selbständig, wenn Essen in Reichweite steht	10 <input type="checkbox"/>
Kann mit Hilfe selbständig essen, z.B. Fleisch muss geschnitten werden	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig, auch wenn Hilfe gewährleistet ist	0 <input type="checkbox"/>
Darf angepasste Kleidung u. Anziehhilfen benützen, kann Korsett anlegen	7. An- u. Auskleiden
Selbständig inklusive Schuhe an- und ausziehen	10 <input type="checkbox"/>
Kann mit Hilfe mind. die Hälfte in angemessener Zeit leisten	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig, auch wenn Hilfe gewährleistet ist	0 <input type="checkbox"/>
Bett-Rollstuhl und zurück: legen, setzen, Transfer, Fußrasten, Bremsen	8. Transfer
Selbständig und sicher in allen Phasen	15 <input type="checkbox"/>
Kann mit geringer Hilfe od. Beaufsichtigung Transfer leisten	10 <input type="checkbox"/>
Kann lediglich Transfer vom Liegen zum Sitzen selbständig durchführen	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig, kann beim gesamten Transfer nicht mithelfen	0 <input type="checkbox"/>
Ebenerdig, alle Hilfsmittel erlaubt außer Gehwagen, handling selbständig, Transfer	9. Gehen, Rollstuhlfahren
Selbständig aufstehen und selbständig 50 m gehen	15 <input type="checkbox"/>
Kann mit geringer Hilfe oder Beaufsichtigung 50 m gehen	10 <input type="checkbox"/>
Kann selbständig mit Rollstuhl 50m fahren, auch um Ecken herum	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig, braucht Hilfe auch beim Rollstuhlfahren	0 <input type="checkbox"/>
Handlauf und Hilfsmittel erlaubt, muss Gehhilfen tragen können	10. Treppen gehen
Geht selbständig und sicher mehrere Stufen auf und ab	10 <input type="checkbox"/>
Kann mit Hilfe oder Beaufsichtigung mehrere Stufen gehen	5 <input type="checkbox"/>
Unselbständig, auch wenn Hilfe gewährt wird	0 <input type="checkbox"/>
Höchstzahl 100 Punkte	Summe:

Patientenaufkleber

ISAR:

Identification of Seniors At Risk

Datum:

	ja	nein
Hilfebedarf 1. Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik gebracht hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?		
Akute Veränderung des Hilfebedarfs 2. Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?		
Hospitalisation 3. Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?		
Sensorische Einschränkung 4. Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?		
Kognitive Einschränkung 5. Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?		
Multimorbidität 6. Nehmen Sie pro Tag 6 oder mehr verschiedene Medikamente ein?		
Für jedes „ja“ 1 Punkt → Summe	_____	
Alter 70+, ISAR 3 – 6 →	geriatrischer Handlungsbedarf!	